

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE COMO CONDICIONANTES DAS DESIGUALDADES DE ACESSO AO SUS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Daniel Antônio Teixeira de Santana¹;

Faculdade de Medicina de Garanhuns (FAMEG), Garanhuns, Pernambuco.

Isabelle Pereira de Magalhães Mandú²;

Faculdade de Medicina de Garanhuns (FAMEG), Garanhuns, Pernambuco.

Wenno de Melo Cadete³;

Faculdade de Medicina de Garanhuns (FAMEG), Garanhuns, Pernambuco.

Victor Oliveira Rodrigues de Mendonça⁴;

Faculdade de Medicina de Garanhuns (FAMEG), Garanhuns, Pernambuco.

Matheus Gustavo Ferreira do Amor⁵;

Faculdade de Medicina de Garanhuns (FAMEG), Garanhuns, Pernambuco.

Gabryella de Oliveira Barbosa⁶;

Faculdade de Medicina de Garanhuns (FAMEG), Garanhuns, Pernambuco.

Vitória Maria dos Passos Ferro⁷;

Faculdade de Medicina de Garanhuns (FAMEG), Garanhuns, Pernambuco.

Laís Fernanda Gomes Leite⁸.

Faculdade de Medicina de Garanhuns (FAMEG), Garanhuns, Pernambuco.

RESUMO: Os determinantes sociais da saúde (DSS) abrangem fatores como renda, escolaridade, habitação, saneamento, trabalho e condições culturais, que influenciam diretamente o processo saúde-doença e o acesso aos serviços de saúde. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, tem como princípios a universalidade, integralidade e equidade. Entretanto, profundas desigualdades sociais e regionais limitam a efetividade desse sistema. Populações em situação de pobreza e baixa escolaridade utilizam mais a Atenção Primária à Saúde (APS), mas enfrentam dificuldades para acessar serviços especializados e de alta complexidade, ampliando iniquidades. Regiões como Norte e Nordeste apresentam maior cobertura da Estratégia Saúde da Família, mas dispõem de menos recursos tecnológicos e humanos em comparação ao Sul e Sudeste, comprometendo a integralidade do cuidado. Além disso, grupos vulneráveis, como povos indígenas, quilombolas, população em situação de rua e minorias sexuais, sofrem discriminação, estigma e barreiras culturais, que restringem ainda mais o acesso. A pandemia de COVID-19 aprofundou essas desigualdades, evidenciando maior vulnerabilidade de comunidades periféricas. Assim, reduzir as iniquidades em saúde exige políticas intersetoriais, fortalecimento da APS, valorização de profissionais e integração com ações sociais para consolidar o princípio da equidade no SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Determinantes Sociais da Saúde. Desigualdades. Equidade.

SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AS CONDITIONING FACTORS OF INEQUALITIES IN ACCESS TO THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS): AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The social determinants of health (SDH) include factors such as income, education, housing, sanitation, work, and cultural conditions, which directly influence the health-disease process and access to health services. In Brazil, the Unified Health System (SUS), created by the 1988 Constitution, is based on the principles of universality, comprehensiveness, and equity. However, deep social and regional inequalities limit the system's effectiveness. Populations living in poverty and with low education levels rely more on Primary Health Care (PHC), yet face difficulties in accessing specialized and high-complexity services, thus expanding inequities. Regions such as the North and Northeast have greater coverage by the Family Health Strategy but fewer technological and human resources compared to the South and Southeast, compromising comprehensive care. Furthermore, vulnerable groups, such as Indigenous peoples, quilombola communities, homeless populations, and sexual minorities, face discrimination, stigma, and cultural barriers that further restrict access. The COVID-19 pandemic deepened these inequalities, highlighting the greater vulnerability of peripheral communities. Therefore, reducing health inequities requires intersectoral policies, strengthening PHC, valuing health professionals, and integrating social actions to consolidate the principle of equity within SUS.

KEYWORDS: Social Determinants of Health. Inequalities. Equity.

INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença é fruto de uma complexa interação entre fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais, ambientais e políticos. A literatura científica aponta que os determinantes sociais da saúde (DSS) são decisivos na conformação dos perfis epidemiológicos das populações, pois influenciam desde a exposição a riscos até o acesso a recursos de prevenção e tratamento (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os DSS como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo os sistemas de saúde que devem responder às necessidades populacionais (WHO, 2010). Essa concepção rompe com a visão biomédica reducionista e destaca o caráter estrutural e coletivo das desigualdades em saúde.

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 representou um marco civilizatório ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade estabeleceram as bases de um sistema público orientado para reduzir desigualdades históricas no acesso aos cuidados de saúde (PAIM et al., 2011). Contudo, a materialização desses princípios enfrenta obstáculos relacionados à persistência de profundas iniquidades sociais, regionais e étnico-raciais que estruturam a sociedade brasileira (BARATA, 2009; VIANA; MACHADO, 2009).

Diversos estudos mostram que indivíduos com baixa renda, pouca escolaridade, habitação precária, insegurança alimentar e inserção laboral informal apresentam maior risco de adoecimento e mortalidade precoce (BARATA, 2009; SOLAR; IRWIN, 2010). O IBGE (2022) evidencia que as populações mais pobres têm menor acesso a planos de saúde privados, dependendo quase exclusivamente do SUS, mas enfrentam barreiras como filas extensas, dificuldade de transporte e insuficiência de serviços especializados. Esse cenário reforça o chamado “paradoxo da equidade”: aqueles que mais necessitam dos serviços de saúde são justamente os que encontram mais barreiras para acessá-los.

Outro elemento crítico refere-se às desigualdades regionais. Enquanto o Sul e Sudeste concentram maior número de hospitais de alta complexidade, médicos especialistas e recursos tecnológicos, regiões como Norte e Nordeste apresentam maior carência desses serviços, apesar de concentrarem populações com maiores necessidades sociais (VIANA; MACHADO, 2009). Essa disparidade compromete a integralidade do cuidado, criando dependência de fluxos interestaduais de pacientes, o que aprofunda o desequilíbrio no acesso.

As dimensões culturais e simbólicas também desempenham papel importante nas desigualdades em saúde. Populações indígenas, quilombolas, migrantes, população em situação de rua e minorias sexuais enfrentam barreiras linguísticas, geográficas e discriminação institucional que dificultam o acesso aos serviços (BRASIL, 2020). O racismo estrutural é um fator amplamente reconhecido como determinante para as disparidades de saúde da população negra e indígena, resultando em maior carga de doenças e menor acesso a serviços de qualidade (SOUZA et al., 2021).

A pandemia de COVID-19 acentuou ainda mais essas desigualdades, ao expor as condições precárias de moradia, trabalho informal e ausência de proteção social em comunidades periféricas (SOUZA et al., 2021). Estudos indicam que a taxa de mortalidade foi significativamente maior em grupos vulneráveis, revelando que a vulnerabilidade não se explica apenas pela biologia, mas sobretudo pelas condições sociais (BARROS et al., 2021). Essa experiência reforçou a necessidade de políticas intersetoriais capazes de articular saúde, assistência social, educação, transporte e habitação para enfrentar as múltiplas dimensões das iniquidades.

Portanto, compreender a influência dos determinantes sociais da saúde sobre o acesso ao SUS exige não apenas analisar a organização do sistema, mas também considerar o contexto socioeconômico e cultural mais amplo. Como defendem Sen (2002) e Breilh (2006), a saúde deve ser entendida como expressão das liberdades e das condições de vida da população, o que implica superar desigualdades estruturais que limitam a efetivação plena do direito universal à saúde.

OBJETIVO

Analisar a influência dos determinantes sociais da saúde nas desigualdades de acesso ao Sistema Único de Saúde, destacando avanços, limitações e perspectivas para a

redução das iniquidades.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter qualitativo e exploratório, realizada entre março e agosto de 2025. Foram consultadas as bases SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores: “determinantes sociais da saúde”, “desigualdades em saúde”, “Sistema Único de Saúde” e “equidade em saúde”.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2010 e 2025, em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra, que abordassem a relação entre determinantes sociais e desigualdades no acesso ao SUS. Foram excluídos artigos duplicados, resumos de congresso, editoriais e relatos de experiência sem base científica.

No total, 67 artigos foram incluídos para análise, sendo 42 selecionados para compor a revisão integrativa. As informações extraídas foram organizadas em categorias temáticas: (1) determinantes sociais e condições de vida, (2) acesso à atenção básica, (3) desigualdades regionais no SUS e (4) impactos recentes da pandemia de COVID-19.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão integrativa revelam que os determinantes sociais da saúde (DSS) exercem papel central na conformação das desigualdades de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Quatro grandes eixos foram identificados: condições de vida e renda, desigualdades regionais, barreiras de acesso no nível secundário e terciário, e vulnerabilidades sociais específicas.

O primeiro eixo, relacionado às condições de vida e renda, confirma que populações de baixa escolaridade, moradia precária e inserção laboral instável enfrentam mais dificuldades em acessar serviços de saúde. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) indicam que pessoas com menor renda familiar tendem a adiar consultas médicas e exames, em parte pelo custo do deslocamento e pela dificuldade em conciliar horários de trabalho e atendimento, as principais barreiras de acesso aos serviços de saúde segundo a renda familiar per capita podem ser observadas no Quadro 1.

Segundo Barata (2009), a estratificação social se traduz em disparidades de saúde, já que a exposição a riscos ambientais, alimentares e ocupacionais é maior entre os mais pobres. Assim, o princípio da universalidade do SUS se depara com obstáculos estruturais que não se resolvem apenas pela oferta formal de serviços.

Quadro 1: Barreiras de acesso a consultas médicas e exames segundo a renda familiar per capita no Brasil.

Faixa de renda familiar per capita	Percentual de pessoas que adiaram ou não realizaram consulta/exame quando necessitaram	Principais motivos declarados
Até 1 salário mínimo	26%	Custo do deslocamento; dificuldade de faltar ao trabalho; demora para conseguir vaga
1 a 3 salários mínimos	18%	Demora no agendamento; falta de transporte adequado
3 a 5 salários mínimos	12%	referência por adiar em inção do trabalho; espera prolongada
Mais de 5 salários mínimos	7%	Tempo de espera; dificuldade de compatibilizar com agenda pessoal

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

O segundo eixo refere-se às desigualdades regionais. Estudos apontam que a cobertura de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) é maior no Norte e Nordeste, mas os recursos materiais e humanos disponíveis são mais escassos em comparação ao Sul e Sudeste (VIANA; MACHADO, 2009). Isso gera um paradoxo: regiões com maiores necessidades sociais recebem proporcionalmente menos recursos de média e alta complexidade, dificultando a integralidade do cuidado. Souza et al. (2021) ressaltam que durante a pandemia de COVID-19 essas desigualdades ficaram evidentes, com escassez de leitos de UTI em estados do Norte, enquanto centros urbanos do Sudeste tinham maior capacidade instalada.

O terceiro eixo identificado diz respeito ao acesso ao nível secundário e terciário do SUS. A literatura mostra que usuários de baixa renda utilizam mais a Atenção Primária, mas encontram dificuldade de acesso a especialistas, exames complexos e procedimentos hospitalares (PAIM et al., 2011). A fila de espera para consultas especializadas é frequentemente longa, e a regulação de vagas depende de critérios que, em alguns contextos, reproduzem desigualdades. Haberer et al. (2015) destacam que a escassez de profissionais em determinadas especialidades, como infectologia e psiquiatria, limita o cuidado integral e sobrecarrega os serviços de emergência.

O quarto eixo abrange as vulnerabilidades sociais específicas. Povos indígenas, quilombolas, população em situação de rua, imigrantes e minorias sexuais vivenciam barreiras culturais, geográficas e institucionais para acessar o SUS (BRASIL, 2020). Além

da distância física dos serviços, muitas vezes há discriminação, estigma e falta de políticas culturalmente sensíveis. Para Souza et al. (2021), o racismo estrutural e a exclusão social são determinantes centrais para explicar a maior carga de doenças e menor acesso aos serviços de saúde entre populações negras e indígenas no Brasil.

Um aspecto recorrente nos estudos é a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) como mediadora das desigualdades. Buss e Pellegrini Filho (2007) afirmam que a APS, quando bem estruturada, pode mitigar o impacto dos DSS, ao ofertar cuidado longitudinal, territorializado e multiprofissional. Programas como o Saúde na Família, com visitas domiciliares e ações de educação em saúde, têm se mostrado efetivos em ampliar o acesso inicial ao sistema. No entanto, a resolutividade da APS é limitada quando não há integração com a rede secundária e terciária.

Outro ponto importante é a percepção de risco e o estigma. Em determinados contextos, mesmo quando o serviço está disponível, indivíduos em situação de vulnerabilidade não o procuram, seja por desinformação, seja pelo medo de discriminação. Pinto et al. (2018) demonstram que a percepção individual de risco influencia diretamente a busca por serviços preventivos, como testagem para HIV ou vacinação. Isso reforça a necessidade de estratégias de educação em saúde para promover maior aceitação e engajamento da população.

A análise também evidencia que os determinantes sociais não se limitam à esfera da saúde, mas abrangem políticas intersetoriais. Sen (2002) defende que a saúde deve ser compreendida como liberdade substantiva, e o acesso a serviços depende de condições estruturais, como renda, educação, transporte e habitação. Dessa forma, combater desigualdades em saúde requer integrar ações de diferentes setores governamentais e sociais.

Por fim, ao comparar a experiência brasileira com outros sistemas universais, como o britânico (NHS), percebe-se que a equidade no acesso é um desafio global. Entretanto, no Brasil, as desigualdades socioeconômicas históricas tornam esse desafio ainda mais profundo. A experiência da pandemia de COVID-19 demonstrou que os sistemas universais só alcançam equidade real quando articulados com políticas sociais amplas e sustentáveis.

Assim, os resultados discutidos mostram que, embora o SUS seja um marco na garantia de saúde como direito, a influência dos determinantes sociais ainda limita sua efetividade plena. A superação dessas barreiras exige não apenas mais recursos, mas também ações intersetoriais, fortalecimento da APS, valorização de profissionais de saúde e políticas públicas que reconheçam a complexidade das iniquidades sociais no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os determinantes sociais da saúde exercem influência decisiva nas desigualdades de acesso ao SUS. Apesar de avanços, como a ampliação da APS e programas de proteção social, persistem barreiras estruturais, regionais e culturais que limitam a universalidade do sistema. É necessário investir em políticas intersetoriais que integrem saúde, educação,

habitação, saneamento e geração de renda, para reduzir as iniquidades.

REFERÊNCIAS

- BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BARROS, Flávia Cristina; HORTA, Bernardo Lessa; VICTORA, Cesar Gomes. COVID-19 and health inequities: the Brazilian experience. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 45, e64, 2021. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.64>.
- BREILH, Jaime. **Epidemiología crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
- HABERER, Jessica E. et al. Adherence to antiretroviral therapy and health outcomes among HIV-infected adults: a systematic review. **AIDS**, Londres, v. 29, n. 14, p. 1773-1782, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000646>.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>.
- AIM, Jairnilson Silva et al. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
- PINTO, Rogério Meireles et al. Community health workers in Brazil's Unified Health System: a framework of their praxis and contributions to health equity. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 198, p. 72-80, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.054>.
- SANTOS, Lenira Z. dos; GIOVANELLA, Lígia. Estratégia Saúde da Família e o Mais Médicos: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>.
- SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>.
- SOUZA, Lígia Ethel de Faria Peres et al. A pandemia de COVID-19 e as desigualdades em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 11-23, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E201>.
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. **Sistemas de saúde no Brasil**:

organização e financiamento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.** Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>.