ISSN: 2316-607X

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E VULNERABILIDADE SOCIAL: UMA REVISÃO SOBRE INIQUIDADES EM SAÚDE

Camila Parizotto Da Silva[1]
Camilla Cavasin Andreato[2]
Laura da Silva Massura[3]
Maria Isabela Ramos Haddad[4]
Marindia Feliciano Dos Santos[5]
Monica Picolo[6]
Samuel Jhonattan Emidio Brisch[7]

Resumo: Os determinantes sociais da saúde contribuem para a distribuição desigual das oportunidades de prevenção, acesso aos serviços e recuperação de doenças. Este artigo objetiva sintetizar evidências sobre pobreza, escolaridade e moradia como determinantes das iniquidades em saúde e discutir implicações para políticas públicas intersetoriais. Realizou-se revisão narrativa da literatura, mediante levantamento exploratório de publicações científicas e documentos oficiais, com recorte prioritário de 2015 a novembro de 2026 e inclusão de referências anteriores de relevância conceitual, metodológica e normativa. As fontes foram organizadas em eixos temáticos e interpretadas considerando seus delineamentos e limites. A literatura examinada indica que a privação econômica restringe recursos necessários ao cuidado, a escolaridade se relaciona às oportunidades sociais e à interação com os serviços, e a precariedade habitacional intensifica exposições ambientais e dificuldades de continuidade assistencial. Evidências sobre transferência de renda e atenção primária no Brasil apontam possibilidades de redução de desigualdades, embora a magnitude e a certeza dos resultados variem conforme a intervenção e o contexto. Conclui-se que o enfrentamento das iniquidades requer fortalecimento do Sistema Único de Saúde e articulação com políticas de educação, renda, habitação, saneamento e proteção social, com monitoramento da distribuição dos benefícios entre grupos populacionais.

Palavras-chave: Determinantes Sociais Da Saúde; Vulnerabilidade Social; Equidade Em Saúde; Acesso Aos Serviços De Saúde; Políticas Públicas.

Abstract: Social determinants of health contribute to the unequal distribution of opportunities for disease prevention, access to health services, and recovery. This article aims to synthesize evidence on poverty, education, and housing as determinants of health inequities and discuss implications for intersectoral public policies. A narrative literature review was conducted through an exploratory search of scientific publications and official documents, prioritizing studies published from 2015 to November 2026 and including earlier conceptual, methodological, and legal references. Sources were organized into thematic areas and interpreted according to their designs and limitations. The reviewed literature indicates that

[1] Mestrado em Ciências Ambientais pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2025)
[2] Mestrado em Ciências em Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2021)
[3] Especialista em Farmácia Estética pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo – FAMEESP. (2019)
[4] Mestrado em Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil. (2017)
[5] Mestrado em Economia pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2023)
[6] Especialização em Docência do Ensino Superior com ênfase em EAD pela Faculdade de Guarantã do Norte, Brasil. (2018)
[7] Graduação em Bacharelado em Direito pela Uniao das Faculdades do Norte de Mato Grosso, Brasi.l (2025)

economic deprivation restricts resources needed for care, education is associated with social opportunities and interaction with health services, and inadequate housing increases environmental exposure and difficulties in maintaining continuity of care. Evidence on cash transfers and primary health care in Brazil suggests opportunities for reducing inequalities, although the magnitude and certainty of findings vary across interventions and contexts. Addressing health inequities requires strengthening the Brazilian Unified Health System and coordinating education, income, housing, sanitation, and social protection policies, while monitoring the distribution of benefits across population groups.

Keywords: Social Determinants Of Health; Social Vulnerability; Health Equity; Health Services Accessibility; Public Policy.

1 INTRODUÇÃO

A saúde constitui uma dimensão fundamental da vida social, cuja distribuição não pode ser compreendida exclusivamente por meio de características biológicas, escolhas individuais ou disponibilidade de tecnologias assistenciais. As condições nas quais as pessoas crescem, estudam, trabalham, estabelecem vínculos e envelhecem interferem tanto na ocorrência de doenças quanto nas possibilidades de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação. A análise dos determinantes sociais da saúde (DSS) permite examinar essas relações sem dissociar o processo saúde-doença das formas de organização econômica e política da sociedade. No relatório mundial de 2025, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reafirma a necessidade de enfrentar as condições sociais que sustentam diferenças injustas nas oportunidades de viver com saúde (WHO, 2025).

A distinção entre desigualdade e iniquidade é relevante para delimitar o problema. A primeira designa diferenças observáveis entre indivíduos ou grupos; a segunda implica uma avaliação sobre o caráter injusto e evitável de determinadas diferenças. Nem toda variação epidemiológica constitui, necessariamente, uma iniquidade. Entretanto, quando o acesso a serviços essenciais, a proteção contra riscos ambientais ou a possibilidade de continuidade de um tratamento são sistematicamente condicionados por privações materiais e discriminação, a questão ultrapassa a descrição estatística e exige uma resposta coletiva. A equidade, nesse sentido, pressupõe reconhecer necessidades diferenciadas e remover obstáculos que não se distribuem de maneira aleatória (Buss; Pellegrini Filho, 2007; WHO, 2025).

No Brasil, a compreensão ampliada da saúde possui fundamento jurídico na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990. O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma institucionalização do direito à assistência universal, mas a garantia formal desse direito não elimina, isoladamente, desigualdades territoriais, econômicas e raciais. Estudos fundamentados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 mostram diferenças na

utilização dos serviços conforme características sociodemográficas, além de evidenciar a importância das estruturas públicas de assistência para grupos com menores recursos (Cobo; Cruz; Dick, 2021; Palmeira et al., 2022).

Entre os múltiplos determinantes envolvidos, pobreza, escolaridade e moradia constituem eixos particularmente relevantes porque condicionam recursos materiais, oportunidades de participação e exposição a riscos. A privação econômica pode limitar a aquisição de alimentos e o deslocamento até serviços; a exclusão educacional pode restringir oportunidades de trabalho e dificultar a compreensão de informações; a precariedade habitacional pode intensificar exposições ambientais e comprometer a realização de cuidados cotidianos. Essas dimensões não operam isoladamente, uma vez que são produzidas e reproduzidas por relações sociais e institucionais interdependentes.

A relevância científica do tema decorre da necessidade de articular evidências provenientes de diferentes campos, como epidemiologia social, avaliação de políticas públicas e estudos de acesso aos serviços. Embora cada campo utilize indicadores e métodos próprios, a integração conceitual de seus resultados pode contribuir para evitar interpretações fragmentadas. Por exemplo, uma redução da mortalidade associada à ampliação da atenção primária não exclui a importância de políticas habitacionais; ao contrário, suscita a investigação sobre como intervenções de natureza distinta podem atuar em etapas complementares da produção das iniquidades.

A questão norteadora deste artigo é: como os determinantes sociais impactam o acesso e os resultados em saúde de populações vulneráveis? O objetivo geral consiste em sintetizar evidências acerca da pobreza, da escolaridade e da moradia como determinantes sociais da saúde e discutir suas implicações para políticas públicas intersetoriais. Especificamente, busca-se delimitar os conceitos de vulnerabilidade e equidade, identificar mecanismos que relacionam privações sociais a barreiras assistenciais e desfechos sanitários, examinar evidências brasileiras e internacionais e propor direções para a organização de respostas públicas orientadas à redução das iniquidades.

2 METODOLOGIA

Trata-se de revisão bibliográfica narrativa, de natureza qualitativa e caráter analítico, fundamentada em publicações científicas e documentos oficiais previamente publicados. Rother (2007, p. v) caracteriza as revisões narrativas como “publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento” de um assunto. A escolha desse delineamento decorre da amplitude da pergunta e da heterogeneidade dos materiais necessários à sua

discussão. Conforme Rother (2007), a revisão narrativa permite organizar criticamente conhecimentos sobre determinado assunto, distinguindo-se de uma revisão sistemática quanto ao grau de padronização e exaustividade dos procedimentos de busca. Assim, a presente síntese não pretende estimar um efeito combinado nem constituir um inventário integral da produção científica.

O levantamento bibliográfico exploratório foi realizado em 23 de novembro de 2026, por meio de buscas eletrônicas na web direcionadas a registros da Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, PubMed Central, páginas de periódicos científicos e portais oficiais da OMS e da legislação brasileira. O recorte prioritário compreendeu publicações de janeiro de 2015 até a data da busca, com inclusão excepcional de referências anteriores consideradas relevantes para a fundamentação conceitual, metodológica e normativa. O período diz respeito à publicação das fontes, não necessariamente às datas em que os estudos originais produziram seus dados.

Foram utilizadas expressões de busca em português e inglês, relacionadas a determinantes sociais da saúde, vulnerabilidade social, iniquidades em saúde, acesso aos serviços de saúde, pobreza, escolaridade, moradia, saneamento, atenção primária e transferência de renda, bem como seus correspondentes em inglês: social determinants of health, health inequalities, health equity, poverty, education, housing, sanitation, primary healthcare e conditional cash transfers. As consultas combinaram esses termos com referências ao Brasil, a revisões sistemáticas, à Pesquisa Nacional de Saúde e a desfechos como mortalidade e tuberculose. Não se afirma que todas as expressões tenham sido utilizadas em estratégias booleanas idênticas em cada base, nem que tenham sido validadas como descritores controlados DeCS/MeSH.

Como critérios de inclusão, consideraram-se a pertinência direta à questão norteadora, a publicação em português ou inglês, a identificação bibliográfica verificável e a disponibilidade de informações suficientes em resumo, texto eletrônico ou documento oficial para sustentar a interpretação apresentada. Foram priorizadas revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais de abrangência nacional ou populacional, trabalhos conceituais e diretrizes oficiais. Excluíram-se do conjunto utilizado materiais sem autoria ou procedência identificável, versões preliminares quando localizada a publicação definitiva, textos opinativos não acadêmicos e estudos sem relação substantiva com os eixos definidos.

A seleção foi intencional e orientada pela relevância temática. A análise consistiu na leitura das informações recuperadas nas fontes, identificação do delineamento e dos principais resultados e organização interpretativa por eixos. Distinguiram-se contribuições conceituais,

associações epidemiológicas, avaliações de intervenções e fundamentos normativos. Particular atenção foi conferida à diferença entre associação estatística e inferência causal, à transferência de resultados entre contextos e à distinção entre cobertura, utilização e acesso efetivo. Não se aplicou instrumento formal de avaliação do risco de viés, não houve seleção independente por dois revisores e não foram registrados quantitativos de identificação e exclusão típicos de revisões sistemáticas.

A síntese foi elaborada exclusivamente com fontes secundárias e documentos públicos, sem contato com participantes, aplicação de instrumentos ou acesso a dados individuais não publicados. Os resultados de pesquisas empíricas mencionados pertencem aos respectivos autores e são examinados como evidências já divulgadas. As implicações para políticas públicas são apresentadas como interpretação argumentativa da literatura, não como achados de uma investigação de campo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E DESENVOLVIMENTO

3.1 Determinantes sociais, equidade e vulnerabilidade

A abordagem dos DSS desloca a análise da doença de uma perspectiva estritamente individual para uma compreensão que considera a distribuição social de recursos e riscos. Buss e Pellegrini Filho (2007) discutem diferentes níveis de determinação, destacando a necessidade de identificar as mediações entre estruturas sociais e condições de saúde. Ao discutirem a atuação comunitária, os autores destacam a necessidade de constituir os grupos em “atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social” (Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 86). Essa perspectiva evita supor que toda associação entre uma característica socioeconômica e um desfecho represente uma relação simples ou imediata de causalidade. A posição social influencia as circunstâncias da vida, mas seus efeitos são mediados por instituições, ambientes, redes de apoio e oportunidades de cuidado.

Solar e Irwin (2010) apresentam uma distinção analítica entre determinantes estruturais e intermediários. Os primeiros compreendem mecanismos de estratificação e aspectos do contexto político e socioeconômico que produzem posições sociais diferenciadas. Os segundos correspondem a circunstâncias materiais, fatores psicossociais, aspectos comportamentais e biológicos e características do sistema de saúde. A escolarização, por exemplo, pode participar da constituição da posição socioeconômica, enquanto a qualidade da habitação expressa circunstâncias materiais que traduzem essa posição em exposições

concretas. A distinção é útil para identificar níveis de intervenção sem transformar categorias analíticas em compartimentos independentes.

O modelo contribui para compreender que a distribuição da doença resulta também da maneira pela qual oportunidades e riscos são organizados. Uma pessoa pode residir próxima de uma unidade de saúde, mas não ter condições de comparecer durante o expediente; outra pode ter acesso a uma consulta e não conseguir obter o medicamento prescrito. Assim, disponibilidade de recursos públicos, acesso e resultado clínico não são equivalentes. A análise da equidade precisa considerar a trajetória entre o reconhecimento de uma necessidade e a obtenção de uma resposta adequada.

A noção de vulnerabilidade empregada nesta revisão designa uma condição relacional e dinâmica, vinculada à exposição a riscos, aos recursos disponíveis para enfrentá-los e à capacidade institucional de garantir proteção. Não se trata de atributo inerente à identidade de uma população. Nomear determinado grupo como vulnerável sem identificar os processos que produzem sua vulnerabilização pode naturalizar a exclusão. A situação de rua ilustra essa questão: o problema não se resume à ausência de uma residência, mas envolve barreiras de acolhimento, estigmatização e dificuldades na articulação das redes de cuidado (Andrade et al., 2022).

A perspectiva dos determinantes sociais também exige distinguir necessidades desiguais de respostas desiguais. Pessoas com maior carga de doença podem utilizar mais serviços, sem que isso signifique acesso privilegiado. Inversamente, uma frequência reduzida de consultas pode refletir tanto menor necessidade quanto obstáculos à obtenção de cuidado. O julgamento sobre equidade depende, portanto, da relação entre necessidade, utilização e adequação da resposta oferecida. Essa distinção impede que indicadores administrativos sejam interpretados como medidas completas da realização do direito à saúde.

A legislação brasileira expressa a amplitude do fenômeno. O artigo 196 da Constituição Federal estabelece:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art. 196).

A disposição constitucional associa a garantia de serviços a políticas sociais e econômicas, oferecendo fundamento para uma interpretação da saúde que ultrapassa a assistência médica. A universalidade corresponde à titularidade do direito, enquanto a equidade orienta a identificação de obstáculos que exigem respostas diferenciadas. Em termos operacionais, isso significa que a organização dos serviços deve considerar condições

concretas de vida, sem converter critérios de vulnerabilidade em mecanismos de exclusão de outras pessoas.

3.2 Pobreza, privação material e resultados sanitários

A pobreza pode ser analisada a partir da insuficiência de renda, mas seus efeitos sobre a saúde não se esgotam nessa medida. A possibilidade de converter recursos monetários em alimentação adequada, habitação segura, transporte e proteção social depende dos preços, da infraestrutura territorial, da composição familiar e da oferta de serviços públicos. Domicílios com renda semelhante podem enfrentar restrições distintas quando diferem em necessidades de cuidado, presença de deficiência ou distância dos equipamentos assistenciais. Uma análise exclusivamente monetária corre, portanto, o risco de subestimar a heterogeneidade das privações.

A relação entre renda e saúde é potencialmente bidirecional. Restrições econômicas podem dificultar a prevenção e a manutenção de tratamentos, enquanto doenças incapacitantes podem reduzir a participação no trabalho e aumentar despesas familiares. Essa circularidade tem consequências para a interpretação epidemiológica: a renda observada em um único momento pode representar tanto uma condição anterior à doença quanto um resultado do adoecimento. Estudos transversais são úteis para identificar padrões de desigualdade, porém não permitem, isoladamente, ordenar com segurança todos os eventos envolvidos.

Um mecanismo relevante é o custo indireto de utilização dos serviços. Mesmo quando a consulta não exige pagamento, o usuário pode precisar financiar transporte, reorganizar responsabilidades domésticas ou deixar de realizar uma atividade remunerada. A soma desses encargos pode tornar um atendimento formalmente disponível impraticável. Em condições de renda instável, a repetição de consultas ou exames pode competir com despesas essenciais. Essa interpretação decorre da compreensão do acesso como interação entre a organização dos serviços e as capacidades das pessoas de buscar e utilizar cuidados (Levesque; Harris; Russell, 2013).

A pobreza também interfere nas possibilidades de manutenção de condutas recomendadas. Uma orientação nutricional pode ser tecnicamente adequada e, ao mesmo tempo, incompatível com o orçamento familiar; um esquema de tratamento pode exigir condições de armazenamento ou horários que não correspondem à rotina laboral. Nesse cenário, atribuir o insucesso terapêutico apenas à falta de adesão obscurece as restrições materiais. A abordagem clínica orientada à equidade precisa identificar tais obstáculos e

estabelecer alternativas factíveis, sem reduzir a responsabilidade institucional pela continuidade assistencial.

A avaliação de programas de transferência de renda permite examinar o potencial sanitário de intervenções que não se originam exclusivamente no setor saúde. Jesus et al. (2025), em estudo de coorte brasileiro que utilizou registros de 2004 a 2015, identificaram associação entre participação no Bolsa Família e menor incidência e mortalidade por tuberculose. A associação mostrou-se particularmente expressiva em estratos de extrema pobreza e em grupos étnico-raciais historicamente desfavorecidos. Os resultados dão sustentação à hipótese de que a proteção econômica pode atuar sobre condições que antecedem o adoecimento e sobre possibilidades de acesso ao cuidado.

A interpretação desses achados deve considerar que a participação em um programa social não é distribuída aleatoriamente. Características dos beneficiários, diferenças territoriais e mudanças concomitantes nas políticas públicas podem influenciar os resultados. Embora o estudo empregue estratégias analíticas para lidar com diferenças observáveis, permanece a necessidade de cautela diante de fatores não mensurados. A associação documentada não autoriza atribuir toda redução de tuberculose exclusivamente ao benefício financeiro, nem extrapolar automaticamente sua magnitude para outros agravos ou períodos.

Do ponto de vista da política pública, é relevante distinguir o recebimento de renda da efetividade do sistema de proteção. O benefício pode ampliar recursos domésticos, mas a transformação desse ganho em melhoria sanitária depende também da disponibilidade de serviços, alimentação e habitação. A relação entre transferência de renda e acesso à saúde deve ser investigada em termos de complementaridade: a proteção social diminui determinadas restrições, enquanto a rede assistencial precisa ser capaz de responder à demanda resultante. Dessa interpretação deriva a necessidade de coordenar ações sem fazer da utilização prévia de serviços uma barreira para o reconhecimento de direitos.

3.3 Escolaridade, informação e oportunidades ao longo da vida

A escolaridade ocupa uma posição singular entre os DSS porque participa da formação de competências, da inserção ocupacional e das possibilidades de participação social. Sua relação com a saúde não se limita à aquisição de conhecimentos sobre doenças. A trajetória educacional condiciona oportunidades futuras de trabalho e renda, podendo alterar o ambiente de vida e as condições de exposição a riscos. Além disso, experiências educacionais podem favorecer a comunicação com instituições e a capacidade de acessar informações pertinentes às decisões de cuidado.

A revisão sistemática e metanálise dos IHME-CHAIN Collaborators (2024) examinou a associação entre anos de escolarização e mortalidade adulta por todas as causas em diferentes populações. Os autores identificaram um gradiente de menor risco de morte associado a maior escolaridade, com variações segundo grupos etários. O resultado é relevante por demonstrar a amplitude populacional do fenômeno, mas não deve ser convertido em previsão individual ou entendido como prova de que a simples ampliação de um ano escolar produz necessariamente o mesmo benefício em qualquer contexto. As trajetórias de escolarização e as condições sociais correlatas não são uniformes.

Há diferenças importantes entre escolaridade formal e letramento em saúde. A primeira costuma ser mensurada por anos de estudo ou nível de ensino concluído; o segundo envolve habilidades necessárias para encontrar, interpretar e utilizar informações relacionadas ao cuidado. Uma pessoa com escolaridade elevada pode enfrentar dificuldades diante de terminologia clínica desconhecida ou de informações contraditórias. De modo inverso, pessoas com escolaridade limitada podem desenvolver estratégias eficazes de autocuidado mediante experiência, apoio familiar e comunicação adequada. Não se deve utilizar a escolaridade como substituto perfeito das competências comunicacionais.

A revisão de Berkman et al. (2011), incorporada como referência anterior ao recorte principal, identificou relações entre baixo letramento em saúde e resultados desfavoráveis em diferentes dimensões da utilização dos serviços e do cuidado. O trabalho permite fundamentar a importância da comunicação acessível, mas sua aplicação deve reconhecer que os contextos de produção das evidências e os instrumentos empregados diferem. O objetivo não é classificar usuários segundo suposta incapacidade individual, e sim identificar oportunidades para reduzir a complexidade desnecessária dos processos assistenciais.

Na perspectiva dos serviços públicos, a apresentação de orientações em linguagem compreensível, a confirmação da compreensão e a existência de alternativas a procedimentos exclusivamente digitais representam possibilidades de intervenção. A educação em saúde não deve ser concebida como simples transmissão de comandos, mas como processo que reconhece experiências, condições materiais e dúvidas dos usuários. Recomendações precisam ser compatíveis com as possibilidades concretas de execução. Quando isso não ocorre, o conhecimento adquirido pode não se traduzir em ação, mesmo que a informação tenha sido compreendida corretamente.

A educação também pode ser examinada sob a perspectiva intergeracional. A permanência escolar de crianças e adolescentes, a formação de adultos e as políticas de inclusão de pessoas com deficiência constituem oportunidades distintas de reduzir privações

acumuladas. A análise do curso de vida sugere que intervenções educacionais podem produzir efeitos em horizontes temporais mais longos do que os habitualmente avaliados em programas assistenciais. Por essa razão, indicadores de curto prazo, como número de orientações realizadas, não são suficientes para inferir impacto sobre mortalidade ou incidência de doenças.

A evidência internacional sobre escolaridade e mortalidade e os resultados nacionais sobre utilização dos serviços devem ser articulados com prudência. A primeira descreve um gradiente de saúde; os segundos indicam padrões de acesso e dependência do sistema público. A convergência entre essas perspectivas sustenta a relevância da educação, mas não implica que todas as diferenças de mortalidade sejam mediadas pelo acesso assistencial. Condições de trabalho, ambientes residenciais e trajetórias econômicas também constituem mecanismos plausíveis que precisam ser examinados separadamente.

3.4 Moradia, saneamento e exposição a riscos

A moradia não se restringe à existência física de um abrigo. Sua adequação compreende segurança, condições construtivas, acesso a infraestrutura, estabilidade da ocupação e inserção territorial. A qualidade habitacional influencia a exposição a agentes infecciosos, acidentes e temperaturas extremas, bem como as possibilidades de descanso, higiene e organização do cuidado. O relatório de diretrizes habitacionais da OMS, publicado em 2018, oferece uma referência para compreender a conexão entre ambientes domésticos e proteção sanitária (WHO, 2018).

A legislação sanitária brasileira igualmente reconhece a centralidade das condições de vida. A redação atualizada do artigo 3º da Lei nº 8.080/1990 dispõe:

> Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990, art. 3º).

A articulação entre habitação e saneamento evidencia a necessidade de intervenções coletivas. Orientações individuais de higiene não substituem abastecimento regular de água ou condições adequadas de esgotamento sanitário. Wolf et al. (2022), em revisão sistemática e metanálise sobre intervenções de água, saneamento e higiene em países de renda baixa e média, identificaram benefícios na prevenção de diarreia infantil, com resultados dependentes das características das intervenções. Esse conjunto de evidências indica que a proteção

ambiental precisa ser incorporada às estratégias de prevenção de doenças, especialmente na infância.

A análise de Barreto et al. (2007), baseada em duas coortes de crianças em Salvador, oferece um exemplo brasileiro de avaliação de uma intervenção de saneamento urbano. Os autores observaram redução da ocorrência de diarreia após a ampliação da infraestrutura sanitária. A contribuição do estudo reside em mostrar como modificações ambientais coletivas podem alterar exposições cotidianas. Entretanto, a transferência de seus resultados para municípios com características distintas exige consideração das condições iniciais, da cobertura dos serviços e de possíveis mudanças simultâneas no contexto local.

A dimensão econômica da moradia também merece atenção. O comprometimento elevado da renda com aluguel e despesas residenciais pode reduzir recursos destinados à alimentação, transporte ou medicamentos. A insegurança quanto à permanência no imóvel pode dificultar a organização de rotinas de cuidado, a manutenção do vínculo com uma unidade de saúde e o acompanhamento de doenças crônicas. Entretanto, a demonstração de benefícios clínicos de políticas de estabilidade habitacional depende da natureza da intervenção, do tempo de acompanhamento e dos desfechos avaliados.

Chen et al. (2022), ao examinarem intervenções destinadas a melhorar a estabilidade e a acessibilidade econômica da habitação, encontraram evidências heterogêneas, predominantemente de baixa certeza, quanto aos efeitos sobre a saúde de adultos. Essa conclusão não contradiz a relevância da habitação como determinante; indica que o reconhecimento de uma exposição prejudicial não garante que qualquer modalidade de intervenção produza resultados sanitários mensuráveis. A revisão reforça a necessidade de identificar mecanismos específicos e de considerar a combinação entre políticas habitacionais e outras formas de proteção.

A situação de rua representa uma forma particularmente grave de privação habitacional, sem constituir experiência homogênea. Andrade et al. (2022) identificaram obstáculos ao atendimento dessa população em diferentes níveis assistenciais, incluindo exigências documentais, preconceitos e dificuldades de acolhimento. Tais achados demonstram que o acesso pode ser restringido por procedimentos institucionais mesmo quando o direito à assistência é formalmente reconhecido. A resposta precisa considerar tanto a construção de vínculos e a oferta de cuidado no território quanto a articulação com proteção social e políticas de moradia.

As recomendações habitacionais devem considerar a manutenção da infraestrutura, e não apenas sua construção. A presença de uma instalação sanitária, por exemplo, não garante

seu funcionamento contínuo. Da mesma forma, a localização de um empreendimento residencial pode interferir no acesso ao transporte público, à escola e aos serviços de saúde. Programas que melhoram uma dimensão da moradia, mas aumentam distâncias ou despesas de deslocamento, podem produzir efeitos contraditórios. A avaliação intersetorial deve, portanto, acompanhar o funcionamento efetivo das soluções implantadas e suas repercussões na vida cotidiana.

3.5 Interseccionalidade e acumulação de desvantagens

A consideração conjunta dos três eixos permite compreender que a vulnerabilidade não decorre de uma soma mecânica de características. As oportunidades educacionais podem ser condicionadas pelo local de residência e pela renda familiar; a posição ocupacional resultante pode influenciar as possibilidades de habitação e acesso ao cuidado. Esses mecanismos podem formar trajetórias de desvantagem acumulada, nas quais diferentes exposições se reforçam. A identificação de um fator isolado é útil para determinadas análises, mas insuficiente para descrever a complexidade do fenômeno.

A perspectiva interseccional acrescenta a consideração de relações de gênero, raça e classe à análise das desigualdades. Cobo, Cruz e Dick (2021), ao examinar informações da PNS 2019, demonstram a relevância de considerar conjuntamente gênero e raça/cor na interpretação dos padrões de acesso e utilização. Essas categorias não devem ser tratadas como explicações biológicas para as diferenças observadas. Sua importância analítica consiste em permitir investigar a distribuição de recursos, a discriminação e as formas de inserção social que condicionam oportunidades de cuidado.

A territorialidade constitui outra dimensão transversal. Em áreas rurais, periferias urbanas ou localidades com oferta reduzida de serviços especializados, as distâncias podem intensificar restrições relacionadas à renda. Uma mesma política de agendamento pode produzir efeitos diferentes conforme a disponibilidade de transporte e os horários de trabalho. Para populações indígenas, a adequação cultural da assistência e a organização territorial dos serviços também precisam ser consideradas. O planejamento não pode pressupor que soluções concebidas para um contexto urbano central sejam igualmente adequadas para todos os territórios.

A interdependência entre determinantes possui implicações metodológicas. O ajuste estatístico por escolaridade ou renda pode ser adequado quando se deseja estimar uma associação independente, mas pode ocultar parte do mecanismo quando essas variáveis integram a trajetória causal em análise. A escolha das variáveis deve ser orientada por uma

hipótese explícita sobre a relação entre exposição e desfecho. Além disso, resultados médios podem ocultar diferenças na intensidade dos efeitos entre subgrupos. A identificação de heterogeneidade requer amostras suficientes e indicadores adequados, sem pressupor que toda diferença observada entre estimativas seja estatisticamente demonstrável.

Do ponto de vista assistencial, o reconhecimento de vulnerabilidades múltiplas não deve resultar em classificação rígida ou em exigências adicionais de comprovação para obter cuidado. Ao contrário, deve apoiar a identificação de obstáculos removíveis, a definição compartilhada de prioridades e a coordenação de respostas. Uma família com insegurança habitacional e renda instável, por exemplo, pode necessitar de acompanhamento clínico, apoio para deslocamento e encaminhamento à proteção social. O atendimento fragmentado tende a transferir para o usuário o esforço de articulação entre instituições.

3.6 Acesso aos serviços e papel da atenção primária no SUS

Levesque, Harris e Russell (2013) conceituam o acesso como resultado da interação entre características dos serviços e capacidades das populações. O modelo permite considerar etapas distintas: perceber uma necessidade, buscar assistência, chegar ao serviço, obter atendimento e participar da continuidade do cuidado. A utilidade dessa abordagem para a saúde pública consiste em identificar pontos de interrupção que não seriam visíveis caso o acesso fosse mensurado apenas pela presença de estabelecimentos em determinado território.

No Brasil, Palmeira et al. (2022) descrevem diferenças sociodemográficas na utilização dos serviços com base na PNS 2019. O estudo evidencia a importância da rede pública para a obtenção de medicamentos por pessoas de menor escolaridade, além de diferenças regionais na utilização de consultas e outros serviços. Esses padrões devem ser interpretados considerando que a assistência pública pode funcionar como mecanismo de proteção diante de restrições econômicas. Ao mesmo tempo, a dependência de uma rede pública não significa que todas as necessidades assistenciais sejam atendidas no momento adequado.

A atenção primária à saúde (APS) possui potencial para reduzir determinadas barreiras por meio da organização territorial do cuidado e do acompanhamento longitudinal. A presença de equipes próximas à comunidade pode favorecer o reconhecimento de necessidades e a coordenação de encaminhamentos. Entretanto, o efeito da expansão da cobertura depende de recursos humanos, disponibilidade de insumos, capacidade resolutiva e integração com outros níveis de atenção. A ampliação nominal do cadastramento não deve ser confundida com garantia automática de acesso oportuno.

Hone et al. (2017), em análise longitudinal nacional, investigaram a expansão da atenção primária e as desigualdades raciais na mortalidade por causas sensíveis a esse nível de cuidado. Os resultados sustentam a possibilidade de que políticas universalistas organizadas territorialmente reduzam diferenças sanitárias entre grupos sociais. Em estudo posterior realizado com população urbana de baixa renda no Rio de Janeiro, Hone et al. (2020) examinaram a expansão da Estratégia Saúde da Família e sua relação com a mortalidade. As duas investigações oferecem evidências complementares, uma com perspectiva nacional e outra centrada em um contexto urbano específico.

As contribuições desses estudos devem ser compreendidas em relação aos respectivos delineamentos observacionais. A comparação entre municípios ou grupos expostos a diferentes níveis de cobertura pode ser influenciada por características contextuais, mudanças econômicas e outras políticas. Ainda assim, a utilização de informações longitudinais amplia as possibilidades de investigar mudanças ao longo do tempo. A convergência de resultados de diferentes escalas fortalece a plausibilidade de um papel protetor da atenção primária, sem eliminar a necessidade de avaliação crítica de cada investigação.

A efetivação desse potencial exige continuidade assistencial. O diagnóstico de uma doença crônica sem acesso regular aos medicamentos ou aos exames necessários pode ter impacto limitado sobre o prognóstico. A APS precisa funcionar como coordenadora de uma rede que inclua atenção especializada, urgência, assistência farmacêutica e reabilitação, conforme as necessidades. Assim, a avaliação de políticas não deve se limitar ao primeiro contato, mas considerar a conclusão das etapas assistenciais e os resultados alcançados.

Massuda et al. (2018) chamam atenção para fragilidades estruturais do sistema brasileiro, incluindo financiamento e distribuição de recursos. Castro et al. (2019), ao analisar as primeiras décadas do SUS, situam os avanços da cobertura universal em relação aos desafios de sustentação do sistema. O diálogo entre essas análises e os estudos de efetividade da atenção primária evidencia que resultados positivos não dispensam a consolidação de condições institucionais. A capacidade de reduzir iniquidades depende da sustentabilidade das intervenções, da qualidade do cuidado e da distribuição territorial dos recursos.

3.7 Intersetorialidade e políticas públicas orientadas à equidade

A intersetorialidade decorre do reconhecimento de que os fatores que condicionam a saúde se distribuem entre diferentes áreas de atuação do Estado. O setor saúde possui atribuições fundamentais na prevenção e assistência, mas não detém, isoladamente, instrumentos para modificar condições de renda, escolarização, habitação ou transporte. Buss

e Pellegrini Filho (2007) e a OMS (WHO, 2025) convergem quanto à necessidade de atuação coordenada sobre os determinantes sociais. Essa coordenação exige mais que a coexistência de programas em um mesmo território.

A proteção social pode contribuir para a redução de restrições econômicas por meio de benefícios e serviços de apoio às famílias. A escola pode atuar na ampliação de oportunidades educacionais e na promoção de ambientes favoráveis ao desenvolvimento. As políticas de habitação e saneamento podem modificar exposições ambientais que antecedem a demanda por assistência. A articulação desses setores com a APS deve ser planejada de forma a preservar suas competências, evitando que os serviços de saúde sejam transformados no único ponto de resposta a problemas sociais complexos.

Um componente dessa articulação é a definição de fluxos institucionais de encaminhamento e retorno. O encaminhamento de um usuário à assistência social não representa, por si só, resolução da necessidade identificada. É necessário que os serviços conheçam os critérios de acesso, as possibilidades de atendimento e os mecanismos de comunicação institucional. O acompanhamento compartilhado deve respeitar a autonomia do usuário, a finalidade da coleta de informações e a proteção de dados pessoais. A intersetorialidade não justifica circulação indiscriminada de informações sensíveis.

A priorização territorial pode ser orientada por indicadores de privação material, escolarização, condições habitacionais e necessidades de saúde. Entretanto, a utilização de indicadores agregados requer cuidado para não estigmatizar comunidades ou presumir que todos os moradores possuem necessidades idênticas. O diagnóstico territorial deve ser complementado pelo conhecimento das equipes e pela participação social. A combinação de diferentes fontes de informação favorece a identificação de problemas que não se expressam adequadamente em médias populacionais.

A universalidade associada à intensidade proporcional às necessidades constitui uma direção relevante para o planejamento. A oferta básica deve estar disponível a toda a população, enquanto recursos adicionais podem ser destinados a localidades e grupos que enfrentam maiores obstáculos. Na prática, isso pode incluir busca ativa, horários ampliados, apoio ao deslocamento e ações de acessibilidade comunicacional. A adequação das estratégias deve ser avaliada localmente, e sua efetividade não pode ser presumida apenas porque foram formuladas com intenção equitativa.

O monitoramento de políticas intersetoriais deve incorporar indicadores de processo, resultado e distribuição. A realização de reuniões entre setores ou o número de encaminhamentos são informações úteis sobre implementação, mas não demonstram,

isoladamente, melhoria da saúde. É necessário examinar se necessidades foram atendidas e se as diferenças entre grupos diminuíram. Uma redução na média populacional de determinado agravo pode coexistir com manutenção ou ampliação da desigualdade relativa, razão pela qual medidas absolutas e relativas devem ser interpretadas conjuntamente.

4 DISCUSSÃO

4.1 Convergências e diferenças entre os conjuntos de evidências

Os trabalhos examinados convergem na identificação de relações entre condições sociais e saúde, mas apresentam contribuições de naturezas distintas. Os modelos de Buss e Pellegrini Filho (2007) e de Solar e Irwin (2010) oferecem instrumentos conceituais para interpretar as mediações que vinculam posição social a exposições e resultados sanitários. Já os estudos baseados em inquéritos populacionais descrevem a distribuição de utilização dos serviços, enquanto as avaliações de programas e as revisões de intervenções investigam possibilidades de modificar determinados desfechos. A articulação desses materiais deve reconhecer que cada delineamento responde a perguntas diferentes.

A abordagem de pobreza permite observar com particular clareza essa distinção. Jesus et al. (2025) analisam a relação entre uma política de transferência de renda e indicadores de tuberculose, oferecendo evidência de associação em uma população socialmente desfavorecida. Levesque, Harris e Russell (2013), por outro lado, oferecem uma formulação conceitual para investigar obstáculos à obtenção de cuidado. A primeira contribuição não demonstra quais etapas assistenciais explicam integralmente o resultado observado; a segunda não estima o efeito de uma intervenção econômica específica. Em conjunto, sustentam a interpretação de que mecanismos materiais e assistenciais podem ser complementares, mas não permitem quantificar a contribuição de cada um.

A comparação entre os estudos de escolaridade e habitação evidencia outro aspecto importante. A metanálise dos IHME-CHAIN Collaborators (2024) identifica uma relação consistente entre escolarização e mortalidade adulta, enquanto Chen et al. (2022) apresentam resultados menos conclusivos sobre intervenções de estabilidade e acessibilidade econômica da moradia. Essas diferenças não autorizam estabelecer uma hierarquia geral segundo a qual a educação seria necessariamente mais importante que a habitação. Os objetos de investigação diferem: uma associação ao longo de trajetórias educacionais não é diretamente comparável à avaliação de intervenções habitacionais heterogêneas.

Também é necessário distinguir evidência sobre qualidade ambiental da evidência sobre estabilidade da ocupação residencial. Os resultados sintetizados por Wolf et al. (2022) referem-se a intervenções de água, saneamento e higiene e a um desfecho infantil específico. Chen et al. (2022) examinam outras modalidades de intervenção e resultados em adultos. A diferença no grau de certeza não constitui contradição direta, pois os mecanismos, populações e desfechos não são equivalentes. Uma revisão narrativa pode integrar esses resultados identificando complementaridades, sem produzir uma estimativa combinada artificial.

4.2 Acesso, qualidade e resultados: limites das explicações isoladas

A pergunta norteadora exige reconhecer que os DSS influenciam tanto a produção das necessidades de saúde quanto a capacidade de obter respostas. Uma população pode apresentar elevada frequência de determinado agravo por exposição ambiental e, simultaneamente, enfrentar restrições de acesso ao diagnóstico. Nesse caso, a desigualdade nos resultados decorre de processos que antecedem e sucedem o contato com os serviços. Investigar apenas o número de consultas pode subestimar o papel das exposições; investigar apenas a incidência pode ocultar dificuldades assistenciais.

Os estudos de Cobo, Cruz e Dick (2021) e Palmeira et al. (2022) são relevantes para descrever padrões nacionais de acesso, mas devem ser interpretados em função da natureza dos dados da PNS. Informações autorreferidas podem sofrer influência de memória, percepção de necessidades e diferenças de interpretação. Além disso, inquéritos domiciliares não representam adequadamente todas as pessoas sem domicílio convencional. A revisão de Andrade et al. (2022) complementa esse panorama ao abordar obstáculos específicos da população em situação de rua, evidenciando a importância de fontes que alcancem grupos pouco visíveis nas pesquisas domiciliares.

O confronto entre estudos de utilização e avaliações da expansão da APS sugere que a oferta organizada territorialmente pode modificar resultados, mas que a existência de serviços não assegura automaticamente qualidade e continuidade. A interpretação dos achados de Hone et al. (2017; 2020) deve ser associada à análise das fragilidades institucionais destacadas por Massuda et al. (2018) e Castro et al. (2019). Dessa forma, a atenção primária é entendida como instrumento relevante, não como solução isolada para desigualdades socialmente produzidas.

A distinção entre mecanismos também possui importância para a avaliação da atuação profissional. Uma pessoa que deixa de comparecer a uma consulta pode enfrentar dificuldades de transporte, incompatibilidade de horários ou experiências anteriores de atendimento

inadequado. A ausência não identifica, por si só, a causa do problema. Intervenções padronizadas, como envio de lembretes, podem ajudar em algumas situações e ser insuficientes em outras. A investigação da barreira concreta é condição para formular respostas compatíveis com as necessidades.

4.3 Implicações para a gestão e avaliação de políticas públicas

A partir das evidências discutidas, recomenda-se que o planejamento em saúde seja associado a políticas de proteção social, educação e infraestrutura urbana. A articulação pode começar pela identificação de problemas comuns entre setores, seguida da definição de objetivos compartilhados e responsabilidades específicas. Não se trata de atribuir à equipe assistencial a solução de todas as privações sociais, mas de assegurar que necessidades identificadas no cuidado encontrem canais institucionais de resposta.

Na avaliação de programas de redução da pobreza, desfechos sanitários podem complementar indicadores econômicos. A incidência de agravos socialmente determinados, a continuidade de tratamentos e o acesso oportuno a serviços constituem possíveis dimensões de acompanhamento. A seleção dos indicadores deve considerar a plausibilidade do mecanismo, o intervalo temporal necessário para observar mudanças e a disponibilidade de informações confiáveis. Não seria adequado, por exemplo, atribuir a uma intervenção recente alterações de mortalidade que dependam de exposições acumuladas durante décadas.

No campo educacional, ações de comunicação acessível nos serviços de saúde possuem horizonte distinto daquele de políticas de ampliação da permanência escolar. As primeiras podem reduzir obstáculos imediatos à compreensão de informações; as segundas buscam modificar oportunidades futuras. Avaliar ambas pelos mesmos critérios de curto prazo poderia ocultar a contribuição de intervenções estruturais. A formulação de objetivos diferenciados, vinculados a uma teoria de mudança, favorece a interpretação dos resultados e a responsabilização institucional.

Quanto à moradia, políticas habitacionais precisam considerar simultaneamente segurança, infraestrutura e localização. A construção de unidades residenciais sem integração a equipamentos públicos pode deixar intactas dificuldades de acesso. Intervenções de saneamento demandam manutenção e funcionamento contínuo, e seus resultados devem ser examinados conforme a cobertura efetivamente alcançada. A literatura examinada permite sustentar essas direções de planejamento, mas não definir uma modalidade universalmente superior de intervenção habitacional.

A avaliação distributiva deve complementar a avaliação de efetividade média. É possível que uma política produza benefícios populacionais e, ainda assim, deixe determinados grupos em desvantagem. A análise por escolaridade, renda, raça/cor, gênero e território, quando viável e eticamente adequada, contribui para identificar essa possibilidade. A interpretação deve levar em conta tamanho amostral, qualidade dos registros e mudanças na composição das populações comparadas. A apresentação transparente da incerteza é especialmente importante quando os dados se referem a grupos pouco numerosos.

4.4 Lacunas científicas e limites da revisão

Uma lacuna relevante refere-se à identificação das mediações entre determinantes sociais e resultados em saúde. Embora exista evidência sobre associações de escolaridade, renda e moradia com diferentes desfechos, nem sempre é possível determinar quanto dessas relações é explicado por exposição ambiental, condições de trabalho, acesso ao cuidado ou outros mecanismos. Estudos longitudinais orientados por hipóteses causais explícitas podem contribuir para compreender a sequência temporal e a interdependência entre essas dimensões.

Outra questão consiste na avaliação de intervenções combinadas. A literatura selecionada oferece exemplos de investigação de políticas de renda, atenção primária e saneamento, mas não permite estimar de maneira uniforme os efeitos de sua implementação conjunta. Uma combinação de programas pode produzir benefícios complementares, redundâncias ou dificuldades de coordenação. Investigações futuras precisam especificar os componentes das intervenções, seus contextos de implementação e os resultados esperados, em vez de tratar a intersetorialidade como categoria homogênea.

A representação de populações em condições extremas de vulnerabilidade constitui desafio adicional. Estudos domiciliares e registros administrativos podem não captar pessoas com vínculos institucionais descontínuos ou residência instável. O aperfeiçoamento das estratégias de produção de conhecimento requer atenção à inclusão dessas populações e à participação social na definição das questões investigadas. A ausência de informação não deve ser interpretada como ausência de necessidades.

Por fim, esta revisão possui limitações inerentes à busca narrativa e intencional, à utilização de informações disponíveis em diferentes níveis de detalhamento e à ausência de avaliação formal de qualidade metodológica. O conjunto de publicações não representa a totalidade da produção científica no período e pode favorecer estudos de maior visibilidade eletrônica. A heterogeneidade dos contextos, exposições e desfechos impede comparações

quantitativas diretas. As conclusões devem ser compreendidas como síntese interpretativa, sujeita à ampliação e à revisão mediante buscas mais abrangentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura examinada permite responder à questão norteadora indicando que os determinantes sociais impactam o acesso e os resultados em saúde por meio de mecanismos materiais, institucionais e territoriais interdependentes. A pobreza restringe recursos necessários à proteção e à continuidade do cuidado; a escolaridade participa da distribuição de oportunidades socioeconômicas e das condições de interação com os serviços; a moradia condiciona exposições ambientais, segurança e possibilidades de organização cotidiana. Seus efeitos podem ser intensificados pela discriminação e pela distribuição desigual de infraestrutura e serviços.

As evidências brasileiras acerca da proteção social e da atenção primária, examinadas em diálogo com revisões internacionais de escolaridade e habitação, sustentam a importância de políticas que intervenham tanto sobre as condições de vida quanto sobre os obstáculos assistenciais. A força e a aplicabilidade das evidências variam de acordo com os delineamentos, contextos e desfechos considerados. Dessa forma, não se propõe uma relação causal uniforme nem se estabelece uma hierarquia universal entre os três determinantes analisados.

Conclui-se que a redução das iniquidades exige a consolidação do SUS e sua articulação com políticas de renda, educação, habitação, saneamento e proteção social. A organização das ações deve preservar a universalidade do direito à saúde e reconhecer a necessidade de respostas proporcionais às barreiras existentes. A avaliação das políticas deve considerar não apenas a cobertura e os resultados médios, mas também sua distribuição entre grupos sociais e territórios.

Em razão dos limites do delineamento narrativo, recomenda-se que estudos futuros aprofundem a investigação dos mecanismos causais, avaliem intervenções intersetoriais e ampliem a representação de populações pouco contempladas pelas fontes convencionais. Revisões sistemáticas com perguntas delimitadas e critérios explícitos de avaliação da qualidade das evidências poderão complementar a presente síntese. O enfrentamento das iniquidades requer, portanto, a integração entre conhecimento científico, organização dos serviços, proteção social e participação das populações na formulação de respostas públicas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. de et al. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 227-239, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216. Acesso em: 23 nov. 2026.

BARRETO, M. L. et al. Effect of city-wide sanitation programme on reduction in rate of childhood diarrhoea in northeast Brazil: assessment by two cohort studies. **The Lancet**, v. 370, n. 9599, p. 1622-1628, 2007. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17993362/. Acesso em: 23 nov. 2026.

BERKMAN, N. D. et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 155, n. 2, p. 97-107, 2011. DOI: https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005. Acesso em: 23 nov. 2026.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/constituicao. Acesso em: 23 nov. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Texto atualizado. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.html. Acesso em: 23 nov. 2026.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. 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. Acesso em: 23 nov. 2026.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Acesso em: 23 nov. 2026.

CHEN, K. L. et al. Association of promoting housing affordability and stability with improved health outcomes: a systematic review. **JAMA Network Open**, v. 5, n. 11, e2239860, 2022. DOI: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.39860. Acesso em: 23 nov. 2026.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021. Acesso em: 23 nov. 2026.

HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. **PLOS Medicine**, v. 14, n. 5, e1002306, 2017. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306. Acesso em: 23 nov. 2026.

HONE, T. et al. Primary healthcare expansion and mortality in Brazil's urban poor: a cohort analysis of 1.2 million adults. **PLOS Medicine**, v. 17, n. 10, e1003357, 2020. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003357. Acesso em: 23 nov. 2026.

IHME-CHAIN COLLABORATORS. Effects of education on adult mortality: a global systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v. 9, n. 3, p. e155-e165, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00306-7. Acesso em: 23 nov. 2026.

JESUS, G. S. et al. Effects of conditional cash transfers on tuberculosis incidence and mortality according to race, ethnicity and socioeconomic factors in the 100 Million Brazilian Cohort. **Nature Medicine**, v. 31, n. 2, p. 653-662, 2025. DOI: https://doi.org/10.1038/s41591-024-03381-0. Acesso em: 23 nov. 2026.

LEVESQUE, J.-F.; HARRIS, M. F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, v. 12, art. 18, 2013. DOI: https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18. Acesso em: 23 nov. 2026.

MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, e000829, 2018. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829. Acesso em: 23 nov. 2026.

PALMEIRA, N. C. et al. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 3, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013. Acesso em: 23 nov. 2026.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001. Acesso em: 23 nov. 2026.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852. Acesso em: 23 nov. 2026.

WOLF, J. et al. Effectiveness of interventions to improve drinking water, sanitation, and handwashing with soap on risk of diarrhoeal disease in children in low-income and middle-income settings: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00937-0. Acesso em: 23 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO housing and health guidelines**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535293/. Acesso em: 23 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on social determinants of health equity**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588. Acesso em: 23 nov. 2026.