

INIQUIDADES RACIAIS E SOCIOECONÔMICAS NO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO MINEIRO DE GRANDE PORTE, BRASIL

RACIAL AND SOCIOECONOMIC INEQUITIES IN ACCESS TO PRIMARY HEALTH CARE IN A LARGE MUNICIPALITY IN MINAS GERAIS, BRAZIL

INEQUIDADES RACIALES Y SOCIOECONÓMICAS EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN UN MUNICIPIO DE GRAN PORTE, BRASIL

Priscila Castro Cordeiro Fernandes¹

Felipe Flavio Silva²

Priscila Rocha Santos³

Raimundo de Oliveira Lucena⁴

Hudson Fáblio Ferraz Feitoza⁵

Mario Angelo Cenedesi Junior⁶

RESUMO: As desigualdades raciais e socioeconômicas constituem importantes determinantes do acesso aos serviços de saúde no Brasil. Este estudo analisou a associação entre raça/cor e determinantes sociais da saúde, incluindo escolaridade, renda e posse de plano de saúde, em usuários da atenção primária no município mineiro de grande porte, bem como suas implicações no acesso aos serviços de saúde. Trata-se de um estudo de abordagem mista, realizado com 311 participantes vinculados a unidades de atenção primária à saúde, por meio de entrevistas conduzidas com a aplicação de um questionário semiestruturado. Os resultados evidenciaram desigualdades estatisticamente significativas entre os grupos raciais, com indivíduos pardos e negros concentrando-se em menores níveis de escolaridade e renda, além de apresentarem menor acesso à cobertura por plano de saúde. Observou-se associação consistente entre essas variáveis, configurando um padrão interdependente de vulnerabilidade social. Essas desigualdades refletem processos estruturais mais amplos, associados à persistência do racismo e à distribuição desigual de oportunidades sociais. Nesse contexto, dificuldades no acesso e utilização dos serviços de saúde, incluindo a adesão às ações de saúde, devem ser compreendidas como desdobramentos dessas iniquidades, e não apenas como resultado de decisões individuais.

1

Palavras chave: Desigualdades em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Determinantes Sociais da Saúde. Equidade em Saúde.

¹Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal de Uberlândia

²Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Uberlândia.

³Doutorando em Saúde Pública, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

⁴Doutorando em Saúde Pública, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

⁵Doutorando em Saúde Pública, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

⁶Doutor em Saúde Pública, Universidade de Coimbra.

ABSTRACT: Racial and socioeconomic inequalities constitute important determinants of access to health services in Brazil. This study analyzed the association between race/skin color and social determinants of health, including education, income, and health insurance coverage, among primary health care users in a large municipality in Minas Gerais, as well as their implications for access to health services. This is a mixed-methods study conducted with 311 participants linked to primary health care units, with data collected through interviews using a semi-structured questionnaire. The results showed statistically significant inequalities among racial groups, with Black and Brown individuals concentrated in lower levels of education and income, in addition to having less access to private health insurance. A consistent association was observed among these variables, indicating an interdependent pattern of social vulnerability. These inequalities reflect broader structural processes associated with the persistence of racism and the unequal distribution of social opportunities. In this context, difficulties in accessing and using health services, including adherence in health visits, should be understood as outcomes of these inequities rather than merely individual decisions.

Keywords: Health Inequalities. Primary Health Care. Social Determinants of Health. Health Equity.

RESUMEN: Las desigualdades raciales y socioeconómicas constituyen importantes determinantes del acceso a los servicios de salud en Brasil. Este estudio analizó la asociación entre raza/color de piel y determinantes sociales de la salud, incluyendo escolaridad, ingresos y posesión de seguro de salud, en usuarios de la atención primaria en el municipio de gran porte en Minas Gerais, así como sus implicaciones en el acceso a los servicios de salud. Se trata de un estudio de enfoque mixto, realizado con 311 participantes vinculados a unidades de atención primaria de salud, con recolección de datos mediante entrevistas realizadas a través de un cuestionario semiestructurado. Los resultados evidenciaron desigualdades estadísticamente significativas entre los grupos raciales, con individuos negros y pardos concentrados en niveles más bajos de escolaridad e ingresos, además de presentar menor acceso a la cobertura de seguro de salud. Se observó una asociación consistente entre estas variables, configurando un patrón interdependiente de vulnerabilidad social. Estas desigualdades reflejan procesos estructurales más amplios, asociados a la persistencia del racismo y a la distribución desigual de oportunidades sociales. En este contexto, las dificultades en el acceso y uso de los servicios de salud, incluida la adherencia a las consultas, deben entenderse como consecuencia de estas inequidades y no únicamente como resultado de decisiones individuales.

Palabras clave: Desigualdades en Salud. Atención Primaria de Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Equidad en Salud.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela organização das redes de atenção à saúde. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se consolidado como modelo prioritário de organização da APS, contribuindo para a ampliação do acesso e melhoria de indicadores de saúde⁴.

Apesar dos avanços na ampliação da cobertura da atenção primária, persistem importantes desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde, especialmente quando analisadas sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde. Fatores como renda, escolaridade, raça/cor e condições de moradia influenciam diretamente a forma como indivíduos e famílias acessam os serviços e aderem às ações de cuidado⁵.

Nesse sentido, populações em situação de maior vulnerabilidade social tendem a enfrentar barreiras adicionais, que podem comprometer a continuidade do cuidado e a efetividade das ações preventivas⁶.

As desigualdades raciais, em particular, configuram um eixo estruturante das iniquidades em saúde no Brasil. Estudos apontam que populações negras e pardas apresentam piores condições de vida, menor acesso a recursos sociais e maior exposição a situações de vulnerabilidade, reflexo de processos históricos associados ao racismo estrutural⁶. Essas desigualdades se expressam também no campo da saúde, impactando o acesso a serviços, a qualidade da atenção recebida e os desfechos em saúde.

Além disso, a interseção entre raça, gênero e classe social amplia a complexidade dessas iniquidades. A feminização do cuidado em saúde, evidenciada pela predominância de mulheres como responsáveis pelo acompanhamento, revela a sobrecarga atribuída a esse grupo, especialmente em contextos de vulnerabilidade⁷⁻⁸. Associado a isso, níveis mais baixos de escolaridade podem dificultar a compreensão sobre a importância das ações preventivas e a navegação no sistema de saúde, impactando a adesão às consultas³.

Outro aspecto relevante refere-se às condições socioeconômicas, que influenciam diretamente o acesso a recursos complementares ao sistema público, como planos de saúde, transporte e aquisição de insumos. A baixa renda e a inserção precária no mercado de trabalho podem limitar a disponibilidade de tempo e recursos para o comparecimento às consultas, além de aumentar a dependência exclusiva do SUS¹. Embora o sistema público brasileiro seja fundamental para garantir o acesso universal à saúde, desafios relacionados à alta demanda e à limitação de recursos ainda impactam a oferta oportuna de serviços, especialmente nos níveis secundário e terciário.

Nesse cenário, o absenteísmo em consultas emerge como um fenômeno complexo e multifatorial, que não pode ser explicado apenas por decisões individuais, devendo ser compreendido à luz das condições sociais, econômicas e estruturais que influenciam o acesso aos serviços de saúde. A ausência às consultas pode comprometer o acompanhamento adequado,

resultando em atrasos no diagnóstico, falhas na prevenção de agravos e prejuízos ao desenvolvimento.

Diante disso, torna-se fundamental investigar como as desigualdades raciais e socioeconômicas se articulam e impactam o acesso à atenção primária à saúde. Este estudo se justifica pela necessidade de aprofundar a compreensão sobre os fatores associados ao absenteísmo em saúde, contribuindo para a formulação de estratégias mais equitativas no âmbito do SUS. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre raça/cor e determinantes sociais da saúde, incluindo escolaridade, renda e posse de plano de saúde, em usuários da atenção primária em um município de grande porte, bem como compreender sua relação com o acesso aos serviços e o absenteísmo em consultas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem mista (quantitativa e qualitativa), com caráter descritivo-analítico, derivado de uma tese de doutorado já defendida. A pesquisa foi conduzida no setor norte do município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2023 a 2024.

A população do estudo foi composta por representantes (pais, mães e/ou responsáveis) de crianças de até dois anos, cadastradas em unidades de atenção primária à saúde da rede pública do território investigado. A amostra incluiu 311 participantes, conferindo consistência e robustez às análises desenvolvidas.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos aqueles que não atendiam aos critérios de elegibilidade, não residiam na área de cobertura ou não estavam presentes no momento da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas presenciais, utilizando um questionário eletrônico semiestruturado, aplicado via Google Forms®, com questões de múltipla escolha. As entrevistas ocorreram nas salas de espera das unidades de saúde ou em locais previamente acordados com os participantes. O instrumento foi elaborado com base na literatura científica e validado pela equipe.

Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel® e analisados por meio do software Jamovi®. Foram realizadas análises descritivas e inferenciais, conforme os objetivos do estudo.

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 6.507.484 (CAAE: 74695623.2.0000.5152). Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, garantindo-se anonimato, confidencialidade e o direito de desistência a qualquer momento.

Foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial apenas para apoio técnico, incluindo organização de referências, normalização textual e sistematização de dados. Todas as etapas analíticas e a redação científica são de responsabilidade dos autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 311 participantes, observando-se predominância de atendimento em Unidades Básicas de Saúde da Família (75,6%; n=235), seguidas por Unidades Básicas de Saúde (21,5%; n=67). Esse predomínio da Estratégia Saúde da Família (ESF) é consistente com a organização da atenção primária no Brasil, uma vez que a ESF é reconhecida como principal modelo assistencial, estando associada a melhores indicadores de acesso e longitudinalidade do cuidado⁴.

A maioria dos respondentes encontrava-se na faixa etária de 22 a 59 anos (62,4%; n=194), com predominância do sexo feminino (90%; n=280), evidenciando o papel central das mulheres no cuidado infantil. Esse achado corrobora estudos nacionais que apontam a feminização do cuidado em saúde, especialmente no acompanhamento infantil, refletindo desigualdades de gênero historicamente construídas⁷⁻⁸. Além disso, a sobrecarga feminina pode influenciar a adesão às consultas de puericultura, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social.

Quanto à raça/cor, 54,3% (n=169) declararam-se brancos, 25,1% (n=78) pardos e 19,6% (n=62) negros. A distribuição racial observada deve ser compreendida à luz das desigualdades estruturais no acesso aos serviços de saúde no Brasil, uma vez que populações negras e pardas frequentemente enfrentam maiores barreiras de acesso e piores desfechos em saúde⁶. Assim, ainda que a maioria se declare branca, a presença expressiva de participantes negros e pardos reforça a necessidade de analisar iniquidades raciais no acesso aos serviços de saúde.

No que se refere às condições socioeconômicas, observou-se predominância de baixa renda, com 56,3% (n=175) das famílias vivendo com até dois salários mínimos. Esse perfil é compatível com o público prioritário do SUS, mas também evidencia um importante determinante social do acesso, uma vez que a baixa renda está associada a maiores dificuldades

de deslocamento, menor flexibilidade de horários e maior exposição a condições de vulnerabilidade⁵.

Em relação à escolaridade, destacaram-se níveis intermediários, com maior frequência de ensino médio completo (34,1%; n=106) e incompleto (29,9%; n=93). A escolaridade, nesse contexto, pode influenciar diretamente a compreensão sobre a importância das consultas e a navegação no sistema de saúde, sendo frequentemente associada à maior adesão aos serviços preventivos³.

As condições domiciliares indicaram maior adensamento populacional, com 35,7% (n=111) dos participantes residindo com cinco ou mais pessoas. Altos níveis de adensamento domiciliar têm sido associados a piores condições de saúde e maior dificuldade de organização da rotina familiar, o que pode impactar negativamente a frequência às consultas agendadas⁹.

Quanto à inserção no mercado de trabalho, 47,9% (n=149) possuíam vínculo formal, enquanto parcelas relevantes atuavam como autônomos (24,4%) ou estavam fora do mercado formal. A informalidade e a instabilidade ocupacional podem representar barreiras importantes ao acesso, devido à dificuldade de liberação do trabalho para comparecimento às consultas, especialmente em horários restritos¹.

Esses achados, associados à predominância de famílias de baixa renda e maior densidade domiciliar, sugerem a presença de barreiras estruturais ao acesso à atenção primária, especialmente para grupos em situação de maior vulnerabilidade social. Nesse sentido, os resultados reforçam que dificuldades de acesso e utilização dos serviços — incluindo a adesão às consultas — não devem ser compreendidas apenas como questões individuais, mas como fenômenos multifatoriais, fortemente influenciados pelos determinantes sociais da saúde.

Os dados dialogam com a literatura, que aponta que iniquidades socioeconômicas e raciais persistem mesmo em sistemas universais como o SUS, indicando a necessidade de estratégias específicas para promoção da equidade no acesso³.

Os resultados evidenciaram associação estatisticamente significativa entre raça/cor e nível de escolaridade ($\chi^2=62,8$; $p<0,001$), indicando a persistência de desigualdades estruturais entre os grupos analisados. Observou-se tendência de maior escolaridade entre indivíduos autodeclarados brancos em comparação aos demais grupos raciais.

Esse padrão reforça a literatura sobre desigualdades raciais no Brasil, em que fatores históricos e estruturais influenciam o acesso à educação e às oportunidades sociais².

A interseção entre raça, gênero e classe torna-se particularmente evidente ao considerar a predominância de mulheres na amostra, muitas das quais inseridas em contextos de vulnerabilidade. Estudos apontam que mulheres negras enfrentam múltiplas camadas de desigualdade, que impactam diretamente suas trajetórias educacionais e laborais².

Nesse sentido, os achados deste estudo, apresentados na Tabela 1, corroboram evidências de que menores níveis educacionais entre mulheres negras refletem processos históricos de exclusão social¹⁰. A educação, portanto, permanece como eixo central no enfrentamento das iniquidades raciais, sendo fundamental para a ampliação de oportunidades e redução das desigualdades¹¹.

Tabela 1: Associação estatística entre cor e nível de educação entre os representantes entre 2023-2024.

Com qual cor se identifica?		Qual seu nível de educação?							Total
		Analfabeto	Educação primária completa	Educação primária incompleta	Educação secundária completa	Educação secundária incompleta	Educação superior incompleta	Educação superior completa	
Amarela	Observado	0	0	0	0	0	1	1	2
	Esperado	0.00643	0.0965	0.01929	0,682	0,598	0.206	0,392	2.00
Branca	Observado	0	8	1	63	27	22	48	169
	Esperado	0.54341	8.1511	1.63023	57.601	50.537	17.389	33.148	169.00
Indígena	Observado	0	0	0	0	1	0	0	1
	Esperado	0.00322	0.0482	0.00965	0.341	0,299	0.103	0,196	1.00
Parda	Observado	0	1	1	24	39	4	9	78
	Esperado	0.25080	3.7621	0.75241	26.585	23.325	8.026	15.299	78.00
Negra	Observado	1	6	1	19	26	5	3	61
	Esperado	0.19614	2.9421	0.58842	20.791	18.241	6.277	11.965	61.00
Total	Observado	1	15	3	106	93	32	61	311
	Esperado	1	15	3	106	93	32	61	311

Teste qui-quadrado			
	Valor	gl	p
χ^2	62,8	24	<.001
norte	311		

Fonte: elaboração própria, 2025.

A análise da associação entre raça/cor e nível de escolaridade evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2=62,8$; $gl=24$; $p<0,001$), indicando que a distribuição da escolaridade não ocorre de forma homogênea entre as categorias raciais.

Observou-se maior concentração de indivíduos autodeclarados brancos nos níveis mais elevados de escolaridade, especialmente no ensino superior completo ($n=48$) e incompleto ($n=22$), com valores superiores aos esperados para esse grupo. Em contrapartida, participantes autodeclarados negros e pardos apresentaram maior frequência nos níveis intermediários e mais baixos de escolaridade, com destaque para o ensino médio completo e incompleto.

Entre os indivíduos autodeclarados negros, verificou-se menor frequência de ensino superior completo ($n=3$) em relação ao esperado. De forma semelhante, entre os pardos, observou-se baixa representação nos níveis mais elevados de escolaridade ($n=9$ com ensino superior completo), reforçando a desigual distribuição de oportunidades educacionais.

Esses resultados evidenciam a persistência de desigualdades educacionais associadas à raça/cor na população estudada, configurando um importante marcador estrutural das iniquidades sociais que influenciam o acesso aos serviços de saúde.

A análise da associação entre raça/cor e renda familiar mensal também evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2=39,3$; $gl=16$; $p<0,001$), indicando distribuição desigual da renda segundo pertencimento racial, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2: Análise da associação estatística entre cor e renda familiar mensal.

Com qual cor se identifica?	Qual sua renda mensal?						Total
	Até dois salários mínimos	De dois a quatro salários mínimos	De quatro a sete salários mínimos	Mais de sete salários mínimos	Não sei/ quero declarar	Não	
Amarela	Observado	1	0	0	0	2	
	Esperado	1.125	0,682	0.1543	0.0257	0.01286	2.00
Branca	Observado	70	74	21	3	1	169
	Esperado	95.096	57.601	13.0418	2.1736	1.08682	169.00
Indígena	Observado	1	0	0	0	0	1
	Esperado	0.563	0.341	0.0772	0.0129	0.00643	1.00
Parda	Observado	56	19	2	1	0	78
	Esperado	43.891	26.585	6.0193	1.0032	0.50161	78.00
Negra	Observado	47	12	1	0	1	61
	Esperado	34.325	20.791	4.7074	0.7846	0.39228	61.00
Total	Observado	175	106	24	4	2	311
	Esperado	175	106	24	4	2	311

Teste qui-quadrado

	Valor	gl	p
χ^2	39,3	dezesseis	<.001
norte	311		

Fonte: elaboração própria, 2025.

Observou-se que indivíduos autodeclarados brancos apresentaram maior frequência nas faixas de renda mais elevadas, especialmente entre 2 e 4 salários mínimos ($n=74$) e entre 4 e 7 salários mínimos ($n=21$), com valores observados superiores aos esperados nessas categorias. Em contraste, participantes autodeclarados pardos e negros concentraram-se predominantemente na faixa de até 2 salários mínimos, com frequências superiores às esperadas (pardos: $n=56$; negros: $n=47$), evidenciando maior vulnerabilidade econômica nesses grupos.

Além disso, a presença reduzida de indivíduos pardos e negros nas faixas de maior renda reforça a desigualdade na distribuição de recursos econômicos. Entre os participantes negros, por exemplo, observou-se baixa representação nas categorias acima de 4 salários mínimos, enquanto entre os pardos essa tendência também se manteve, ainda que com pequenas variações.

Esses achados indicam que a renda, enquanto determinante social da saúde, está fortemente associada à raça/cor na população estudada, refletindo padrões estruturais de desigualdade.

A associação entre raça/cor, escolaridade e renda evidencia um padrão interdependente de desigualdades. Conforme observado, indivíduos brancos tendem a apresentar níveis educacionais mais elevados e, conseqüentemente, melhores condições econômicas, enquanto populações negras e pardas concentram-se em níveis educacionais e faixas de renda mais baixos.

Esse padrão reforça a interseccionalidade entre raça, educação e condições econômicas, demonstrando como essas dimensões se articulam na produção e reprodução das iniquidades sociais. Tais achados são consistentes com a literatura, que aponta que desigualdades raciais impactam diretamente a acumulação de capital social e econômico¹², sendo sustentadas por processos históricos de exclusão associados ao racismo estrutural^{13,1}.

As desigualdades observadas possuem implicações diretas no acesso aos serviços de saúde. A maior concentração de famílias pardas e negras em faixas de menor renda pode limitar o acesso a recursos complementares ao sistema público, como planos de saúde, transporte e aquisição de insumos, impactando a continuidade do cuidado e favorecendo situações de absenteísmo em consultas.

Além disso, a dependência exclusiva do sistema público de saúde, associada a restrições estruturais como tempo de espera e dificuldade de acesso a exames especializados, pode ampliar as barreiras enfrentadas por esses grupos, aprofundando as iniquidades no acesso à atenção primária.

O menor poder aquisitivo entre a maioria das pessoas pardas, principalmente mulheres, pode ter diversas implicações, afetando o cuidado e o desenvolvimento de diferentes maneiras. Uma renda mais baixa pode implicar menor acesso a alimentos nutritivos e de qualidade, dificuldades na aquisição de medicamentos não disponíveis na rede pública, bem como maior tempo de espera para realização de exames no sistema público de saúde.

A limitação de conhecimento em saúde também se relaciona ao nível educacional¹², influenciando os responsáveis (neste estudo, majoritariamente mulheres pardas), que podem apresentar dificuldades de adesão às consultas por desconhecimento ou por não terem recebido orientação prévia sobre a importância da prevenção em saúde.

A dependência exclusiva do SUS para o cuidado em saúde pode gerar implicações adicionais para os pertencentes a famílias que não possuem plano de saúde. Embora o SUS seja fundamental para garantir o acesso universal à saúde, independentemente da condição socioeconômica¹⁴, a elevada demanda e as limitações estruturais podem resultar em maior tempo de espera para consultas e exames especializados.

No município estudado, embora haja cobertura integral da atenção primária à saúde, a demanda nos níveis secundário e terciário é elevada, e a regulação frequentemente enfrenta dificuldades para garantir a realização oportuna de exames, como ultrassonografias e eletroencefalogramas. Nesse contexto, os dados evidenciam associação estatisticamente significativa entre raça/cor e posse de plano de saúde.

A Tabela 3 apresenta a análise da associação entre raça/cor e posse de plano de saúde, evidenciando diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2=29,4$; $gl=8$; $p<0,001$), o que indica desigualdade no acesso à cobertura privada de saúde.

Tabela 3: Associação estatística entre cor e convênio médico.

Com qual cor se identifica?		A criança tem convênio médico?				Total
		Não	Não sei/ quero declarar	Não	Sim	
Amarela	Observado	1	0		1	2
	Esperado	1.415	0.00643		0,579	2.00
Branca	Observado	100	0		69	169
	Esperado	119.550	0.54341		48.907	169.00
Indígena	Observado	1	0		0	1
	Esperado	0.707	0.00322		0,289	1.00
Parda	Observado	66	1		11	78
	Esperado	55.177	0.25080		22.572	78.00
Negra	Observado	52	0		9	61
	Esperado	43.151	0.19614		17.653	61.00
Total	Observado	220	1		90	311
	Esperado	220	1		90	311

Teste qui-quadrado

	Valor	gl	p
χ^2	29.4	8	<.001
norte	311		

Fonte: elaboração própria, 2025

Observou-se que indivíduos autodeclarados brancos apresentaram maior frequência de posse de plano de saúde ($n=69$), com valores superiores aos esperados. Em contraste, participantes pardos ($n=11$) e negros ($n=9$) apresentaram frequências inferiores às esperadas nessa categoria. Por outro lado, esses mesmos grupos concentraram-se predominantemente entre aqueles que não possuem plano de saúde (pardos: $n=66$; negros: $n=52$), também com valores acima do esperado.

Esses achados evidenciam uma distribuição desigual do acesso à saúde suplementar, na qual populações pardas e negras apresentam maior dependência exclusiva do SUS, enquanto a população branca dispõe de maior acesso à cobertura privada. Tal padrão reforça a persistência de iniquidades raciais no acesso aos serviços de saúde, mesmo em um sistema de caráter universal.

Do ponto de vista interpretativo, a menor posse de plano de saúde entre populações pardas e negras pode implicar barreiras adicionais ao acesso oportuno a serviços especializados, contribuindo para atrasos no diagnóstico e descontinuidade do cuidado. Isso sugere que o

absenteísmo não pode ser compreendido apenas como comportamento individual, mas deve ser analisado à luz das desigualdades estruturais que condicionam o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

Além disso, fatores socioeconômicos desempenham papel central nesse cenário. A menor renda média entre famílias pardas e negras pode limitar o acesso a recursos essenciais para o cuidado, como alimentação adequada, aquisição de medicamentos não disponíveis na rede pública e realização de exames complementares em tempo oportuno. A literatura aponta que condições socioeconômicas e nível educacional influenciam diretamente a adesão às ações preventivas em saúde¹².

A escolaridade dos responsáveis também se mostra um elemento relevante, uma vez que pode impactar a compreensão sobre a importância do acompanhamento contínuo. Nesse estudo, considerando que a maioria dos cuidadores é composta por mulheres, muitas delas pardas, é possível que a sobrecarga de responsabilidades, associada a limitações de acesso à informação em saúde, contribua para dificuldades na adesão às consultas.

A dependência exclusiva do SUS, embora fundamental para a garantia do acesso universal à saúde¹⁴, pode representar desafios adicionais relacionados à alta demanda por serviços especializados. No contexto do município estudado, apesar da ampla cobertura da atenção primária, observa-se que os níveis secundário e terciário enfrentam limitações operacionais, especialmente no que se refere à realização de exames e consultas especializadas em tempo oportuno.

Nesse sentido, os resultados deste estudo demonstram que indivíduos identificados como brancos apresentam maior probabilidade de possuir plano de saúde, enquanto indivíduos pardos e negros têm maior probabilidade de depender exclusivamente do sistema público. Essa diferença evidencia que o acesso à saúde, embora universal em sua concepção, ainda é marcado por desigualdades estruturais que se expressam de forma significativa segundo raça/cor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram a existência de desigualdades raciais e socioeconômicas significativas na população analisada, com indivíduos autodeclarados pardos e negros concentrando-se em níveis mais baixos de escolaridade e renda, além de apresentarem menor acesso à cobertura privada de saúde.

Essas desigualdades se mostram interdependentes e refletem processos estruturais históricos, associados ao racismo e à exclusão social, que impactam diretamente os determinantes sociais da saúde. Como consequência, esses grupos apresentam maior dependência do SUS e estão mais expostos a barreiras no acesso oportuno aos serviços, especialmente no que se refere à atenção especializada.

Dessa forma, os achados reforçam a necessidade de implementação de políticas públicas e estratégias intersetoriais voltadas à promoção da equidade em saúde, com foco na redução das desigualdades estruturais e na garantia de acesso integral, contínuo e de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES JMO. Corpo precarizado: mapeando os impactos da informalidade na saúde física e mental de trabalhadores urbanos. *Rev Peripherica*. 2025;1(1).
2. FERRAZ FB, Figueiredo EHL. Racismo e dominação: a formação das relações raciais no Brasil. *Braz J Dev*. 2020;6(3):9912–9922.
3. COSTA DLF, et al. Adesão das mulheres ao pré-natal: uma revisão integrativa. *Rev Cien Saude On-line*. 2025;10(3).
4. DO Nascimento MEB, et al. A Estratégia Saúde da Família como porta de entrada do SUS: desafios e potencialidades na coordenação do cuidado. *Cad Pedagog*. 2026;23(1):e22650.
5. LIMA Júnior JCC, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de usuários assistidos por uma Estratégia Saúde da Família. *Res Soc Dev*. 2022;11(13):e06111335071.
6. LOPES CB, Soares SR, Bortoloto CC. Racismo estrutural nas políticas de saúde: impressões de usuários negros e pardos em uma USF em Cascavel. *Serv Soc Rev*. 2024;27(3):806–831.
7. PAIVA SDT, Gonçalves LB. Perfil de acompanhantes de pessoas idosas hospitalizadas: desafios e perspectivas sobre a feminização do cuidado. *Rev Cient Gênero Amaz*. 2024;(25):125–142.
8. BISI CC, Nakamura E. A cotidianidade do cuidado na vida de mulheres familiares de crianças atendidas em um CAPSi de Santos. *Saude Soc*. 2023;32.
9. SILVEIRA T. Suporte à saúde em atendimento domiciliar de alta complexidade. *Evid Based Med Unieuro*. 2023.
10. JUSTINO JF. A Base Nacional Comum Curricular e a educação das relações étnico-raciais: uma análise na Educação Infantil [dissertação]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista (Unesp); 2023. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/entities/publication/d6384417-c09a-4ec5-92a4-eb6e434b3d7d>
11. GIROTO G, de Paula EMAT. A educação no combate ao racismo e à xenofobia no Brasil. *Rev Em Favor Igualdade Racial*. 2024;7(1):85–97.

12. FARIA RMD, Jantsch LB, Neves ET, Hausen CF, Barros APZ, Sehnem GD, Miranda MJD. Desigualdades sociais e territoriais na mortalidade de crianças e adolescentes por COVID-19 no Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2022;75:e20210482.
13. OSORIO RG. A desigualdade racial no Brasil nas três últimas décadas. Texto para Discussão nº 2657. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2021.
14. OLIVEIRA TMC, Freitas JLG, Nascimento Souza MH, Moura CO, Cavalcante DFB, Silva Santos A, Castro LR. Atributos da atenção primária na saúde da criança: a ótica dos cuidadores, Porto Velho-Rondônia. *Res Soc Dev.* 2024;13(4):e3313442791.