ACESSO À SAÚDE: conceito e questões para o debate

Taiane Damasceno da Hora[1]

Ludmila Fontenele Cavalcanti[2]

RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar o debate em torno do acesso à saúde no Brasil, compreendendo-o como usufruto da cidadania, e que tem relação com as desigualdades sociais, a cor e o gênero. Trata-se de uma revisão bibliográfica que integra uma pesquisa mais ampla sobre essa temática. Na discussão apresentada, o acesso foi entendido como um conceito complexo, de difícil definição para os autores, que deve ser diferenciado de acessibilidade. Ficou evidente que há relação entre acesso à saúde e questões como a localização geográfica, as desigualdades econômicas, a cor e o gênero. Aponta-se que é necessário evidenciar como a violência tem impacto no acesso à saúde da população negra, ressaltando o caso das mulheres. O contexto neoliberal de redução dos direitos e recursos também tem impactado o acesso aos serviços públicos de saúde. Concluiu-se que é necessário ampliar os estudos sobre acesso à saúde, compreendendo-o de forma abrangente.

Palavras-chave: Acesso; Saúde; Direito Social.

ABSTRACT

This article aims to present the debate around access to health care in Brazil, understanding it as the enjoyment of citizenship, which is related to social inequalities, color and gender. This is a literature review that integrates a broader research about this topic. In the discussion presented, the access was understood as a complex concept, difficult to define for the authors, which must be distinguished from accessibility. It was evident that there is a relationship between the access to health and the issues such as geographic location, economic inequalities, color and gender. It is pointed out that it is necessary to show how violence has an impact on the access to health of the black population, emphasizing the case of women. The neoliberal context of reduced rights and resources has also impacted the access to public health services. It was concluded that it is necessary to expand studies about the access to health, understanding it in a comprehensive way.

Keywords: Access; Health; Social Law.

[1] Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da PUC-Rio, Mestre em Serviço Social pela PUC-Rio. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio, apoiada pela FAPERJ através do Programa Bolsa Nota 10. taiane.damasc@gmail.com.

[2] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher da Fiocruz, Docente da Escola de Serviço Social da UFRJ, ludmila.ufrj@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo apresentar o debate em torno do acesso à saúde no Brasil, compreendendo-o como um usufruto da cidadania, e que tem relação com as desigualdades sociais, a cor e o gênero. Trata-se de uma revisão bibliográfica que integra a tese de doutorado realizada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), sob regulação do Estado, configura-se como um grande avanço na história da política de saúde, resultante do processo de luta conhecido como movimento de Reforma Sanitária que buscava um sistema universal de saúde para atender toda a população, com início nas décadas de 70 e 80. Segundo Paim (2009), somente em 1988, com a Constituição Federal da República, a saúde passou ser reconhecida como um direito universal, passando a ser garantida pelo poder público. A percepção social da saúde como direito de cidadania pode ser considerada como um dado novo na história das políticas sociais brasileira.

Com a definição desse sistema público, após a elaboração da Constituição Federal de 1988, foram estabelecidas as Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142. Os princípios doutrinários do SUS são definidos como equidade, integralidade das ações de saúde e universalidade. Sobre o princípio da universalidade, Teixeira (2011) afirma que está relacionada à eliminação de barreiras jurídicas, barreiras econômicas, sociais e culturais. Estas estão colocadas entre os usuários da política de saúde e as instituições que disponibilizam serviços. A universalidade é o princípio que possibilita o acesso aos serviços de saúde no Brasil igualmente sem distinções e tem bases nos modelos de proteção social beveridgiano, conforme aponta Boschetti (2006).

A universalidade é uma conquista importante para a política de saúde no Brasil, visto que é através dela que os cidadãos têm a possibilidade de utilizar serviços desde a atenção básica até a média e a alta complexidade de forma gratuita, integral e

igualitária. Isso ocorre mesmo diante de um contexto de avanço de políticas de caráter neoliberal que ganharam espaço no Brasil a partir dos anos 1990. Embora o trinômio focalização, privatização e descentralização avancem, o SUS ainda consegue ser um serviço essencial para a população.

Fleury e Ouverney (2012) afirmam que a saúde é considerada uma política social, consequentemente ela é assumida como um direito relacionado à condição de cidadania, nesse sentido, para os indivíduos tornarem-se cidadãos é necessário que sejam inseridos na sociedade política. Assim, quem tem acesso às políticas sociais e instituições seriam os considerados legítimos usuários do sistema de proteção social do país.

> A cidadania pressupõe a existência de uma comunidade política nacional, na qual os indivíduos são incluídos, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos. O pertencimento à comunidade política pressupõe também, além de crenças e sentimentos, um vínculo jurídico e político, o que requer a participação ativa dos indivíduos na coisa pública. (FLEURY; OUVERNEY, 2012, p.37).

Complementando essa análise, Lobato e Giovanella (2012) consideram que a saúde não deve ser entendida como uma mercadoria e sim responsabilidade de Estado e dos cidadãos. Para Lobato e Giovanella (2012), a saúde é um direito de cidadania e relaciona-se com o princípio da universalidade, este princípio é essencial para estabelecer uma igualdade entre os cidadãos. Para Marques (2016), o acesso à saúde também é um direito derivado da cidadania, no entanto, se concretiza na medida em que o Estado tem maior participação no financiamento da assistência.

Sobre o acesso a saúde no Brasil, nota-se que, embora o SUS tenha como princípios a universalidade, integralidade e equidade, ainda é um desafio garantir que os brasileiros consigam acessar os serviços de saúde de forma que suas reais necessidades sejam atendidas. O acesso à saúde é permeado por diversas questões como pode ser visualizado nos dados apresentados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2019.

Na PNS (IBGE, 2019), nota-se que a região Sudeste tem o menor número de domicílios cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (51%). Identificou-se que, 30,0% dos domicílios (quase 1/3) nunca receberam visita de um agente comunitário de saúde ou de um membro da Equipe de Saúde da Família. Na região Sudeste,

também há maior número de pessoas utilizando serviço privado de saúde (37,5%), a maioria são brancos (38,8%) com idade superior a 30 anos, não há grande disparidade entre os homens e mulheres quando se trata de utilização de serviços privados (IBGE, 2019).

Segunda a PNS (IBGE, 2019), na região Sudeste, 80 % da população consultou um médico nos últimos 12 meses, 19,4% das pessoas não haviam se consultado com um médico nesse período. As mulheres (83,3%) foram as que mais buscaram atendimento médico, percentual superior ao dos homens (69,4%). Destaca-se que quem mais acessou os serviços de saúde foram pessoas que se declararam brancas (79,4%), com nível superior completo (84,6%) e com 60 anos ou mais (86,9%). Ficou evidente também que a população rural é a que menos consultou um médico (68,6 %), a população urbana é (77,5) é a que mais consegue ir aos serviços de saúde (IBGE, 2019).

Por fim, notou-se que, quanto maior o rendimento *per capita* domiciliar, mais pessoas acessaram os serviços de saúde. Enquanto 67,6% da população considerada sem rendimentos até ¼ do salário mínimo utilizou os serviços médicos, quando se tratou da população cujo rendimento foi maior que cinco salários mínimos, identificou-se um total de 89,6% (IBGE, 2019).

2 O CONCEITO DE ACESSO À SAÚDE E SUA PROBLEMATIZAÇÃO

Com bases nos estudos de Giovanella e Fleury (1996); Stafield (2002); Tavares e Martins (2004), percebe-se que há dificuldade em conceituar o acesso já que existem diversas formas de compreensão apresentadas pelos autores. Acesso para elas, com base nos estudos existentes, é a capacidade de um grupo buscar e obter atenção ou, como analisa Stafield (2002, p.225), “o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde”, sendo importante assim a efetividade do serviço.

Já a acessibilidade, conceito também discutido pelos autores, é uma característica que diz respeito a oferta dos serviços. Starfield (2002) afirma que a acessibilidade é o que possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, é uma

perspectiva da estrutura do sistema ou da unidade, ela é necessária para atingir o que se almeja no primeiro contato.

Sobre o direito à saúde, Giovanella e Fleury (1996) indicam que tal categoria é compreendida partir do acesso, no entanto este não se restringe apenas ao atendimento do indivíduo em um serviço de saúde. O acesso, para as autoras, deve ser analisado de forma ampliada, pensando também a partir de questões como a distância e o tempo da população em relação às unidades de saúde; a oportunidade; a funcionalidade, que se refere à capacidade que os serviços de saúde possuem de resolver os problemas trazidos pela população; os custos, que podem ser definidos como diretos (da atenção) indiretos (medicamento, salários, transporte); e aceitação do usuário ao modo da disponibilidade do serviço apresentado.

Dantas et al (2021) destacam entre os fatores que prejudicam o acesso à saúde o nível socioeconômico, a escolaridade, a cultura, as características geográficas dos usuários e dos serviços de saúde, o pertencimento a determinado grupo. Esses fatores terão como consequência as desigualdades de acesso para a população.

Na discussão internacional, Andersen (1995) aponta duas questões ao analisar o acesso aos serviços médicos: as características da população (rendimento familiar, cobertura de seguro, atitudes em relação aos cuidados médicos) e o sistema de entrega (a distribuição e organização da mão-de-obra e das instalações, por exemplo). Para o autor, o acesso deve ser analisado a partir de resultados indicadores da passagem do indivíduo através do sistema, tais como a utilização, as taxas ou os índices de satisfação. No estudo apresentado pelo autor, o acesso também é analisado a partir da disponibilidade financeira e recursos do sistema de saúde em uma área, ressaltando que há desigualdades entre a área urbana e rural.

Andersen (1995), traz também em seu estudo uma temática importante, que é a diferença no acesso a partir das desigualdades regionais. Para este autor, o acesso é sinônimo de disponibilidade de recursos. Diante disso, a população rural e urbana não tem acesso igualitário nos serviços de saúde. Logo, as zonas rurais são mais deficientes em relação aos recursos como médico, instalação e a capacidade de suportar os custos financeiros de uma doença.

Sobre a acessibilidade geográfica, Unglert (1990) considera que o planejamento do setor saúde é um grande desafio visto que é preciso tomar decisões

no que diz respeito à localização e às dimensões dos serviços. É necessário também pensar questões importantes como o nível político dessas decisões, visto que muitas vezes as técnicas de planejamento não atendem às realidades locais. Sobre esta discussão, Travassos e Viacava (2007) compreendem que o menor acesso das populações rurais está ligado às questões como o baixo poder aquisitivo, ausência de vínculo empregatício e de plano de saúde.

Fica evidente também, que o acesso aos serviços de saúde possui uma dimensão econômica, que deve ser analisada. Sawyer (1982), ao fazer uma análise do acesso aos serviços médicos na Grã-Betanha, compreendeu que é necessária equidade na distribuição dos serviços médicos para pobres e ricos. Em sua pesquisa sobre a avaliação de restrições de acesso no sistema de saúde na Grã-Betanha concluiu que:

> (...) os pobres ainda podem não participar da medicina convencional, recebendo cuidados de qualidade, conveniência e estilo comparáveis aos recebidos por pessoas mais afortunadas. Os pobres podem continuar a ser tratados em clínicas lotadas e sombrias, suportando longas esperas e recebendo poucas amenidades. Os cuidados podem ser descontínuos, episódicos, fragmentados e impessoais se os pacientes virem médicos ou pessoal de saúde diferentes em cada visita (SAWYER,1982, p. 28).

No estudo apresentado por Sawyer (1982), observa-se que há evidente desigualdade entre a população de baixa renda e os que possuem melhores condições financeiras, trazendo reflexos quando ambos utilizam os serviços de saúde. Nota-se que em um sistema econômico no qual tudo é mercadoria, a saúde também ganha esse *status*, sendo consumida também como um produto. Consequentemente, os que possuem melhores condições financeiras poderão acessar os serviços de saúde de qualidade, enquanto aos que não estão nessa condição, resta os mínimos serviços e de menor qualidade.

Já Milman (1993), entendeu que o acesso à saúde é perpassado por questões como falta de transporte, seguro de saúde inadequado (no contexto dos EUA) e limites quanto ao idioma. Tais fatores são analisados como barreiras colocadas para os indivíduos que necessitam de cuidados de saúde. Estas barreiras, consequentemente criam desigualdades. As consequências mais graves ocorrem para a população pobre, no entanto, Milman (1993) ressalta também que, nem sempre o problema é

uma questão econômica, muitas vezes o acesso à saúde será impactado pelo conteúdo, qualidade e continuidade dos serviços prestados.

Ainda sobre as desigualdades de acesso à saúde, Barata (2009) enfatiza que na América Latina a discussão está ancorada na teoria da determinação social do processo saúde-doença. As desigualdades em saúde são intrínsecas ao próprio sistema capitalista de produção e as suas formas particulares de expressão, nele há maior ênfase para a acumulação do capital, distribuição do poder, prestígio e bens materiais. Assim, a posição de classe e a reprodução social passaram a ser vistas como determinantes do perfil da saúde e da doença. Para Assis e Jesus (2012, p. 2870),

> A possibilidade de usar uma determinada assistência é associada à renda do indivíduo, assim como à cobertura por plano de saúde, o que reproduz as desigualdades sociais no interior do sistema, na medida em que as chances de escolha no consumo de serviços estão limitadas por estes fatores. É o paradoxo do sistema de saúde brasileiro, ao tempo em que, o Estado brasileiro idealiza e formaliza um sistema universal de saúde, transfere recursos para o setor privado, principalmente na média e alta complexidade, que se especializa cada vez mais nas áreas de alto custo, transformando o sistema num serviço segmentado, fragmentado, configurado a partir de múltiplos pagadores.

Para Dantas et al (2021), no Brasil, mesmo com uma política de saúde cujas bases são a igualdade no acesso e a garantia da equidade, ainda é possível observar traços de iniquidade em saúde, os quais resultam em grandes desigualdades para a população, conforme já foi afirmado, e restringe o acesso aos serviços essenciais de saúde. Diante disso, os grupos vulneráveis ficam cada vez mais em condição de desigualdade. Os autores chamam atenção para os impactos dessa problemática no perfil de morbimortalidade desses grupos.

Nesse contexto, Buss e Filho (2006) apresentam a discussão sobre as iniquidades sociais em saúde, que é um traço marcante da situação de saúde no Brasil. Percebe-se que a determinação das iniquidades está relacionada à forma de organização da vida social. Fica evidente nos estudos que nem sempre um país com melhor Produto Interno Bruto (PIB) possui indicadores de saúde mais satisfatório. Por isso é importante entender a situação de saúde de um país articulada a forma de distribuição da riqueza.

Barata (2009) aponta ainda que as desigualdades em saúde extrapolam as questões econômicas, e chama a atenção para problemas como o racismo estrutural, colocado como um limitador do acesso. A exposição às situações de discriminação e racismo está associada a problemas de saúde, atingindo os indivíduos de forma aguda ou crônica.

Kalckmann et al (2007) apresentam os resultados de um estudo sobre o racismo institucional e enfatizam a importância da equidade nesta discussão. Para os autores, o racismo institucional afeta a população negra e indígena. É importante ressaltar que muitas doenças afetam especificamente este público e são invisíveis. Kalckmann et al (2007) mostram também, através de dados de pesquisa, que existem muitas práticas racistas dentro dos serviços de saúde, enfrentadas diariamente por pelos usuários. Fica evidente também que negros e índios têm maior dificuldade para acessar os serviços de saúde de forma qualitativa.

> A prática do racismo institucional na área da saúde afeta preponderantemente as populações negra e indígena. A invisibilidade das doenças que são mais prevalentes nestes grupos populacionais, a não inclusão da questão racial nos aparelhos de formação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da atenção à saúde, assim como o acesso aos insumos, determina diferenças importantes nos perfis de adoecimento e morte entre brancos e negros (KALCKMANN ET AL, 2007, p. 148).

Sobre a relação entre gênero e o acesso à saúde, Barata (2009) observa que, parte da militância dos movimentos feministas, entende que: as determinações de gênero são mais importantes do que a posição dos indivíduos na estrutura social; o perfil epidemiológico dos indivíduos é moldado pelas determinações de gênero, considerado um determinante social; e que há maior importância para o conceito de classe social.

Já Pinheiro et al (2002), ao estudarem a relação entre gênero, morbidade e acesso aos serviços de saúde, ressaltam as diferenças no processo saúde doença para homens e mulheres. Para esses autores, as mulheres vivem mais que os homens, porém elas relatam mais morbidades e problemas psicológicos. As mulheres são as que mais acessam os serviços de saúde, diferentemente dos homens que buscam menos. Estas diferenças de acesso nos serviços de saúde são perpassadas por diversas questões tais como: os aspectos psicológicos associados à percepção

dos sintomas e como ambos avaliam a gravidade da doença para procurar atendimento.

A categoria gênero também deve ser entendida numa perspectiva interseccional, que articula classe e raça/etnia, podendo ainda incluir geração. Nesse sentido, a interseccionalidade é considerada uma teoria transdisciplinar que busca a apreensão das complexidades inseridas nas identidades e desigualdades. Seu destaque está na compreensão a partir de um enfoque integrado, assim, entende-se que existem múltiplos sistemas de opressão. Por exemplo, entre sexo e raça, isto fica evidente nas diferenças de inserção na sociedade entre homens brancos e negros e mulheres brancas e negras (HIRATA, 2014).

Nesse contexto, deve-se analisar a situação de acesso à saúde de mulheres negras. Segundo Oliveira et al (2019), as mulheres negras estão mais propícias a terem dificuldades para acessar os serviços de saúde. Devido à condição desigual baseada na interseccionalidade entre classe e raça/etnia, acabam utilizando os serviços de menor qualidade. Os autores ressaltam algumas questões que afetam as mulheres negras, como a menor expectativa de vida, a morte por doenças mentais, maior prevalência a reincidência de miomas uterinos e a realização de histerectomia.

Oliveira et al (2019) também afirmam que as mulheres negras são as maiores vítimas de violência obstétrica. Além disso, segundo os dados do Mapa da Violência de 2019 no Brasil, 66% das vítimas de violência letal foram mulheres negras. Diante disso, Oliveira et al (2019, p. 946) demonstram que “é comum observar a interpretação das desigualdades no atendimento e acesso à saúde da população negra como consequência da desigualdade econômica, mascarando, assim, o problema racial”.

O acesso à saúde no Brasil também é permeado por questões resultantes do avanço da política neoliberal no país. Giovanella et al (2018), ao discutir os desafios para o SUS, afirmam que desde a década de 1970 o sistema de saúde brasileiro apresenta um mercado prestador de serviços privado forte e o SUS é comprador dele. Para os autores, o Estado tem favorecido o setor privado por meio de incentivos fiscais e subsídios, atualmente há uma perda da capacidade gerencial devido ao aumento da privatização e esse setor, que deveria ser complementar, é privilegiado. O setor privado e o SUS vem crescendo concomitantemente, no entanto, este é financiado de

forma inadequada, com recursos menores e não garantindo o direito universal à atenção integral à saúde.

3 CONCLUSÃO

Este artigo teve como objetivo apresentar o debate em torno do acesso à saúde no Brasil, compreendendo-o como um usufruto da cidadania, e que tem relação com as desigualdades sociais, a cor e o gênero. Diante disso, compreendeu-se que o acesso à saúde se trata de um direito de cidadania no Brasil, conquistado após a saúde ser definida como um direito social, garantido pelo Estado.

Na discussão apresentada, o acesso foi entendido como um conceito complexo, de difícil definição para os autores, e que deve ser diferenciado de acessibilidade. Entendeu-se que o acesso é a capacidade de um grupo buscar e obter atenção, enquanto a acessibilidade é a possibilidade de as pessoas chegarem aos serviços. Este último trata-se de uma perspectiva da estrutura do sistema ou da unidade. Logo, compreendeu-se que é possível ter acesso à saúde, mas não ter acessibilidade.

O acesso também foi analisado a partir dos dados da PNS (2019), o qual mostra que, embora o Brasil tenha uma política de saúde baseada em princípios de universalidade, equidade e integralidade, ainda existem muitas disparidades quando o assunto é acesso à saúde. A partir dos dados da PNS (2019) e da discussão apresentada pelos autores, ficou evidente que há relação entre acesso à saúde e questões como a localização geográfica, as desigualdades econômicas, a cor e o gênero.

Além disso, aponta-se que é necessário evidenciar como a violência tem impacto no acesso à saúde da população negra, ressaltando o caso das mulheres. O contexto neoliberal de redução dos direitos também tem impactado o acesso na medida que se convive com um sistema privado crescente e os serviços públicos cada vez com menos recursos.

Portanto, diante dessa discussão, concluiu-se que é necessário ampliar os estudos sobre acesso à saúde, compreendendo-o de forma ampliada. Não basta pensar no acesso como a utilização de serviços de saúde, é preciso pensar em

questões mais abrangentes, como a localização geográfica, desigualdades sociais, cor e gênero, as quais são colocadas como barreiras para que os indivíduos acessem os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, v. 36, n.1, p.1-10, 1995.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BARATA, Rita Baratas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (orgs). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CERQUEIRA, Daniel; et al. **Atlas da violência - 2019**. Rio de Janeiro: IPEA; São Paulo: FBSP, 2019. 116 p. Disponível em:<https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf>

DANTAS, Marianny Nayara Paiva; SOUZA, Dyego Leandro Bezerra de; SOUZA, Ana Mayara Gomes de; AIQUOC, Kezauyn Miranda; SOUZA, Talita Araujo de; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 24, p.1-13, 2021.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. Proteção Social, Políticas e Determinantes de Saúde. In: GIOVANELLA, L; et al. (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, Ligia; MENDOZA-RUIZ, Adriana; PILAR, Aline Carvalho Amand; ROSA, Matheus Cantanhêde da; MARTINS, Gabrieli Branco; SANTOS, Isabela Soares; SILVA, Danielle Barata; VIEIRA, Jean Mendes de Lucena; CASTRO, Valeria Cristina Gomes de; SILVA, Priscilla Oliveira da; MACHADO, Cristiani Vieira. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p.1763-1776, 2018.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso: Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, v. 26, n. 1, p. 61-73, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimentos. Rio de Janeiro: IBGE, 2020, p.89.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo Batista; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L, et al. (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (orgs.). **Sistema de saúde no Brasil**: Organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABRES, 2016.

MILLMAN, Michael, editor. **Access to Health Care in America**. Washington (DC): National Academies Press (US), 1993.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 939-948, 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; VIACAVA, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia; BRITO, Alexandre dos Santos. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

SAWYER, Daruiin O. Assessing access constraints on system equity: source of care differences in the distribution of medical services. **Health Serv Res**, Spring, v.17, n.1, p.27-44, 1982.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 726.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. In: **Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia. Junho, 2011.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n.10 p. 2490-2502, 2007.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, suppl 2, p.190-198, 2004.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.