

Entre atenção primária e extensão universitária: desigualdades na qualidade de vida de participantes

Samira Alves-Araújo¹

Sheila Lusía Santos-de-Jesus²

Nayani Mikelly Moreira-Ramos³

Zélia Alves Tomé-Cruz⁴

Raquel Daffre de Arroxellas⁵

Bruno de Oliveira Pinheiro⁶

Hunter Douglas De Souza-Lima⁷

Resumo

Estudo transversal analítico que objetivou analisar a associação entre determinantes sociais e qualidade de vida em participantes de um programa comunitário de práticas corporais vinculado a instituição de ensino superior privada, cujo acesso é mediado por encaminhamento da atenção primária, na região de Interlagos, zona sul de São Paulo (SP). Participaram 118 pessoas avaliadas entre fevereiro e abril de 2026. A qualidade de vida foi medida pelo WHOQOL-bref e as exposições foram sexo, raça/cor autodeclarada, renda familiar e idade. Utilizaram-se testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e regressão linear múltipla. A amostra foi majoritariamente feminina (83,1%), autodeclarada negra, parda ou indígena (63,6%) e com renda familiar de até dois salários-mínimos (78,0%). Em modelos ajustados, o sexo feminino associou-se à escores inferiores em todos os domínios: físico (-16,96; IC 95% -25,03 a -8,89), psicológico (-11,29; IC 95% -19,41 a -3,17), relações sociais (-11,42; IC 95% -21,01 a -1,83), meio ambiente (-12,15; IC 95% -19,60 a -4,70) e qualidade de vida geral (-17,08; IC 95% -26,45 a -7,71). A raça/cor associou-se ao domínio relações sociais (-8,38; IC 95% -15,72 a -1,03). A renda não apresentou associação. O arranjo intersetorial alcança população vulnerabilizada, mas a demanda é predominantemente feminina e chega em pior condição.

Palavras-chave: Determinantes sociais da saúde; Qualidade de vida; Equidade de gênero; Atenção primária à saúde; Avaliação em saúde.

¹⁻⁴GEPIBEL, Universidade Santo Amaro

⁵⁻⁶Universidade Santo Amaro.

⁷GEPIBEL, Universidade Santo Amaro; Laboratório do Movimento Humano, Universidade São Judas Tadeu.

Introdução

A inatividade física configura-se como um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis, com efeitos adversos sobre a saúde mental e a qualidade de vida¹. Estimativas globais recentes indicam que cerca de um terço da população adulta não alcança os níveis recomendados de atividade física, com tendência de estagnação ou piora nas últimas duas décadas². No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde reafirmou o compromisso do Ministério da Saúde com o fortalecimento da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)³, e o Programa Academia da Saúde destaca-se como equipamento da atenção básica voltado prioritariamente às práticas corporais, à alimentação saudável e à educação em saúde⁴. Contudo, a implantação do Programa permanece desigual entre os territórios, e o planejamento das ações carece de informações sobre alcance e público-alvo⁵, o que limita sua capacidade de responder à demanda em áreas metropolitanas periféricas.

Nesse vazio assistencial, arranjos intersetoriais têm assumido função supletiva. A intersetorialidade e a integralidade do cuidado figuram entre os princípios que orientam as ações de promoção da atividade física no SUS⁶, mas sua concretização depende de parcerias cuja institucionalização é frágil⁷. Programas de extensão universitária que ofertam práticas corporais a populações do entorno constituem exemplo recorrente, embora pouco documentado na literatura de saúde coletiva. Tais arranjos operam em fronteira institucional ambígua: a identificação da necessidade e o encaminhamento ocorrem na atenção primária, portanto no interior do SUS, ao passo que a oferta da atividade se dá em instituição privada de ensino, submetida a lógicas de financiamento, continuidade e vínculo docente distintas das que regem o serviço público.

A compreensão de quem efetivamente acessa essas ofertas requer o referencial dos determinantes sociais da saúde. Dois marcos teóricos são particularmente pertinentes. A Lei dos Cuidados Inversos, formulada por Tudor Hart⁸, postula que a disponibilidade de bons cuidados tende a variar inversamente à necessidade da população atendida, efeito que se acentua onde a assistência está mais exposta às forças de mercado. A Hipótese da Equidade Inversa, proposta por Victora et al.⁹, sustenta que intervenções de saúde novas são inicialmente adotadas pelos segmentos mais favorecidos, ampliando desigualdades absolutas no curto prazo¹⁰. Aplicados à promoção da atividade física, esses referenciais têm sido mobilizados para interpretar as desigualdades no acesso a políticas públicas do setor¹¹ e sugerem que programas comunitários podem reproduzir, no plano do acesso, as mesmas iniquidades que pretendem enfrentar.

A literatura brasileira tem documentado a qualidade de vida de participantes de programas comunitários de atividade física, majoritariamente por meio de estudos transversais com instrumentos validados^{12,13}. Persiste, entretanto, lacuna relativa à caracterização de arranjos híbridos entre atenção primária e extensão universitária, e ao exame de como marcadores sociais de diferença, particularmente gênero e raça/cor, se expressam no perfil e na condição de saúde de quem chega a essas ofertas¹⁴. Compreender

esse percurso é condição para avaliar se tais arranjos ampliam ou restringem a equidade no acesso à promoção da saúde.

O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre determinantes sociais e qualidade de vida em participantes de um programa comunitário de práticas corporais vinculado a instituição de ensino superior privada, cujo acesso é mediado por encaminhamento da atenção primária.

Material e métodos

Trata-se de estudo transversal analítico, conduzido conforme as recomendações do guia Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe)

15.

Campo do estudo

O estudo foi realizado em um programa de extensão universitária em atividades físicas e esportivas mantido por instituição de ensino superior privada localizada na região de Interlagos, distrito da zona sul do município de São Paulo (SP). O programa oferta modalidades supervisionadas, entre elas natação, hidroginástica, musculação e exercícios terapêuticos, organizadas por público-alvo, incluindo pessoas idosas e pessoas com condições crônicas. As atividades são conduzidas por docentes e estudantes de graduação, configurando simultaneamente oferta assistencial à comunidade e cenário de formação profissional¹.

O acesso ao programa é mediado por encaminhamento médico originado em unidade básica de saúde do território. A pessoa interessada procura o serviço de atenção primária, recebe avaliação clínica e, havendo indicação, é encaminhada ao programa, onde passa por triagem e avaliação multidimensional antes do início das atividades. Trata-se, portanto, de arranjo intersetorial em que a porta de entrada pertence ao SUS e a oferta da intervenção pertence à instituição de ensino.

O distrito onde se localiza o programa integra a zona sul do município, região caracterizada por heterogeneidade socioeconômica e presença de setores censitários classificados em estratos de maior vulnerabilidade social segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social¹⁶, indicador que reflete a desigualdade intramunicipal a partir do rendimento da pessoa de referência do domicílio e de características demográficas.

Participantes e critérios de seleção

Foram incluídas todas as pessoas matriculadas no programa que compareceram à avaliação multidimensional de ingresso no período de fevereiro a abril de 2026 e que

consentiram em participar da pesquisa. Foram excluídos os registros com ausência de dados sociodemográficos essenciais ou com preenchimento incompleto do instrumento de qualidade de vida. A amostra foi de conveniência, correspondendo à totalidade dos ingressantes no período.

Variáveis e instrumentos

O desfecho foi a qualidade de vida, aferida pelo World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-bref), instrumento composto por 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente¹⁷. A versão em português apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste em teste de campo brasileiro¹⁷. Os escores foram calculados conforme sintaxe recomendada pelo grupo desenvolvedor¹⁸, com inversão dos itens de valência negativa e transformação linear para escala de 0 a 100, na qual valores maiores indicam melhor qualidade de vida. Consideraram-se válidos os domínios com pelo menos 80% dos itens respondidos.

As variáveis de exposição foram: sexo/identidade de gênero (feminino; masculino); raça/cor autodeclarada, agrupada em branca e negra, parda ou indígena; renda familiar mensal, categorizada em até um salário-mínimo, um a dois salários-mínimos e mais de dois salários-mínimos; e idade, calculada em anos completos a partir da data de nascimento e da data de avaliação, analisada como variável contínua e, para fins descritivos, estratificada em menos de 40 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais. Como variáveis de caracterização, foram descritos estado civil, posse de plano de saúde e índice de massa corporal obtido por bioimpedância.

Coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados por avaliadores treinados, integrantes da equipe do programa, mediante entrevista estruturada e avaliação antropométrica realizadas no ato da matrícula, em ambiente reservado nas dependências da instituição.

As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas, e as contínuas por média e desvio-padrão. A normalidade dos escores foi verificada previamente. Para comparação dos escores entre dois grupos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney; para três ou mais grupos, o teste de Kruskal-Wallis. A associação independente entre determinantes sociais e qualidade de vida foi estimada por modelos de regressão linear múltipla, tendo cada domínio do WHOQOL-bref como desfecho e incluindo simultaneamente sexo, raça/cor, renda familiar dicotomizada e idade. Os resultados foram expressos como coeficientes de regressão com intervalos de confiança de 95%. Adotou-se nível de significância de 5%.

Considerações éticas

A pesquisa observou os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/201219 e pela Resolução nº 510/201620 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santo Amaro, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 96917026.6.0000.0081, tendo sido aprovado pelo parecer nº 038714/2026. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram analisados 118 participantes. A idade média foi de 55,6 anos (desvio-padrão 16,0), variando de 17 a 86 anos, sendo que 49,2% tinham 60 anos ou mais. A amostra caracterizou-se pela predominância feminina (83,1%), pela autodeclaração como negra, parda ou indígena (63,6%) e pela concentração nos estratos inferiores de renda: 40,7% referiram renda familiar de até um salário-mínimo e 78,0% de até dois salários-mínimos. Apenas 12,7% possuíam plano de saúde privado, indicando dependência majoritária do sistema público. As características sociodemográficas segundo sexo estão apresentadas na tabela 1.

Os escores médios de qualidade de vida foram de 62,1 (17,3) no domínio físico, 69,0 (17,0) no psicológico, 66,7 (19,9) no de relações sociais, 62,4 (15,7) no de meio ambiente e 57,9 (19,6) na avaliação global.

Na análise bivariada, observaram-se diferenças significativas entre os sexos nos domínios físico (feminino 59,1 versus masculino 76,6; $p < 0,001$), relações sociais (64,7 versus 76,2; $p = 0,004$), meio ambiente (60,3 versus 72,3; $p = 0,004$) e na avaliação global (55,2 versus 71,2; $p = 0,001$), com diferença limítrofe no domínio psicológico (67,5 versus 76,2; $p = 0,051$). Quanto à raça/cor, a única diferença próxima ao limiar de significância ocorreu no domínio relações sociais, com escores inferiores entre pessoas negras, pardas ou indígenas (63,6 versus 72,1; $p = 0,052$). A renda familiar não se associou a nenhum dos domínios avaliados. A faixa etária associou-se apenas ao domínio relações sociais ($p = 0,005$). Os escores segundo determinantes sociais constam da tabela 2.

Nos modelos de regressão linear múltipla, ajustados simultaneamente por sexo, raça/cor, renda e idade, o sexo feminino manteve-se associado de forma independente a escores inferiores em todos os desfechos analisados. As magnitudes foram expressivas: -16,96 pontos no domínio físico (IC 95% -25,03 a -8,89), -11,29 no psicológico (IC 95% -19,41 a -3,17), -11,42 no de relações sociais (IC 95% -21,01 a -1,83), -12,15 no de meio ambiente (IC 95% -19,60 a -4,70) e -17,08 na avaliação global (IC 95% -26,45 a -7,71).

A autodeclaração como negra, parda ou indígena associou-se independentemente a menores escores no domínio relações sociais (-8,38; IC 95% -15,72 a -1,03), sem associação nos demais domínios. A renda familiar de até um salário-mínimo não apresentou asso-

ciação estatisticamente significativa com nenhum desfecho. A idade associou-se positivamente ao domínio psicológico, com acréscimo de 0,26 ponto por ano de vida (IC 95% 0,07 a 0,45). Os coeficientes ajustados estão representados na figura 1.

Discussão

Os resultados evidenciaram que o programa analisado alcançou população marcadamente vulnerabilizada: mulheres, pessoas negras e pardas, com baixa renda familiar e sem cobertura de plano de saúde privado. Essa composição contrariou a expectativa derivada da Hipótese da Equidade Inversa^{9,10}, segundo a qual novas ofertas de promoção da saúde tenderiam a beneficiar preferencialmente grupos socialmente favorecidos. A mediação do acesso pela atenção primária pareceu cumprir função redistributiva relevante, direcionando ao programa pessoas que dificilmente acessariam serviços supervisionados de prática corporal por vias de mercado, achado convergente com a observação de Tudor Hart⁸ de que o efeito da lei dos cuidados inversos se atenua onde a exposição às forças de mercado é reduzida.

O achado central, contudo, foi a magnitude e a consistência da desvantagem feminina. As mulheres apresentaram escores inferiores em todos os domínios do WHOQOL-bref, com diferenças que se mantiveram após ajuste por raça/cor, renda e idade. Duas leituras complementares se impuseram. A primeira foi de composição da demanda: as mulheres constituíram mais de quatro quintos dos participantes, o que sugeriu que a procura por cuidado, mesmo quando mediada por encaminhamento profissional, permaneceu fortemente generificada. Esse padrão é convergente com a literatura nacional, que documenta maior procura e utilização de serviços de saúde por mulheres^{21,22} e atribui a menor demanda masculina a valores culturais da masculinidade que associam o cuidado à fragilidade²³. A segunda leitura foi de gravidade diferencial: as mulheres não apenas procuraram mais, como chegaram em pior condição. Diferenças de gênero na morbidade referida tornam-se desfavoráveis às mulheres a partir da adolescência e acentuam-se até a sexta década de vida²², faixa que concentrou a maior parte da presente amostra.

A desvantagem feminina no domínio meio ambiente mereceu destaque particular. Esse domínio agrega itens relativos à segurança, qualidade do ambiente físico, recursos financeiros, acesso a serviços de saúde, transporte e oportunidades de lazer¹⁷. Escores inferiores entre mulheres em território periférico sugeriram que a experiência do ambiente urbano é diferenciada por gênero, com restrições de mobilidade, segurança e tempo livre que operam como barreiras à prática de atividade física e que não são capturadas por indicadores individuais de renda. Esse resultado reforçou a compreensão, já sustentada na literatura sobre determinantes sociais²⁴, de que a promoção da atividade física não pode ser dissociada das condições materiais do território, e dialoga com a di-retriz de territorialidade que orienta as ações de promoção da saúde no SUS⁶.

A associação entre raça/cor e o domínio relações sociais, isolada entre os demais desfechos, apontou para dimensão específica das desigualdades raciais em saúde. Estudos de base nacional demonstram que gênero e raça operam de forma articulada na determinação do acesso e do uso dos serviços de atenção primária no Brasil²¹, e que a população negra enfrenta barreiras adicionais de acolhimento e vínculo. Tratou-se de achado que merece investigação dedicada, com instrumentos específicos de apoio social, e que não deve ser interpretado como ausência de efeito da raça sobre as demais dimensões da saúde.

A ausência de associação entre renda e qualidade de vida deve ser interpretada com cautela. A amostra apresentou reduzida variabilidade nessa variável, com quase quatro quintos dos participantes concentrados nos dois estratos inferiores. Essa restrição de amplitude limitou a capacidade de detectar gradientes socioeconômicos e constituiu, em si, evidência de que o arranjo alcança segmentos homogeneamente empobrecidos da população. A homogeneidade socioeconômica não equivaleu, portanto, a ausência de determinação social; indicou antes que outros marcadores – gênero, sobretudo – operaram como eixos principais de diferenciação nesse contexto específico.

Do ponto de vista da gestão, os resultados sugeriram duas implicações. A primeira disse respeito ao desenho da oferta: programas que recebem demanda majoritariamente feminina e em pior condição de saúde precisam incorporar essa especificidade em seu planejamento, considerando horários compatíveis com jornadas de trabalho e cuidado, e conteúdos ajustados a maior comprometimento funcional. Estudos sobre o planejamento das práticas corporais no SUS já apontaram a insuficiência de informações sobre público-alvo e alcance das ações⁵, lacuna que o presente estudo contribui para reduzir. A segunda implicação referiu-se à sustentabilidade do arranjo. A dependência de vínculo docente, financiamento institucional e continuidade de projeto extensionista tornou essa oferta estruturalmente frágil, ainda que socialmente efetiva. O estabelecimento de parcerias e a cogestão dos espaços figuram entre os principais desafios relatados para a consolidação de programas de promoção da atividade física⁷. A institucionalização de arranjos intersetoriais dessa natureza, com pactuação formal entre gestão municipal e instituições de ensino, constituiu agenda relevante para o fortalecimento da integralidade do cuidado.

Este estudo apresentou limitações. O delineamento transversal impediu inferências causais e não permitiu distinguir se a pior qualidade de vida feminina antecedeu ou decorreu da busca pelo programa. O grupo masculino foi reduzido, o que ampliou a imprecisão das estimativas, embora a consistência do achado em cinco desfechos independentes reforce sua plausibilidade. A amostra de conveniência representou apenas quem completou o percurso até a avaliação de ingresso, não sendo possível estimar perdas entre o encaminhamento e o comparecimento efetivo, etapa em que podem operar filtros socialmente seletivos adicionais. A ausência de dados sobre frequência e permanência impediu avaliar adesão. Por fim, os dados antropométricos estavam disponíveis para subconjunto dos participantes, razão pela qual não integraram os modelos.

Considerações finais

O programa analisado alcançou população vulnerabilizada, majoritariamente feminina, negra ou parda e de baixa renda, sugerindo que a mediação do acesso pela atenção primária opera como mecanismo de correção parcial das iniquidades no acesso à promoção da saúde. Entretanto, a demanda revelou-se fortemente marcada por gênero, tanto em composição quanto em gravidade: as mulheres representaram a quase totalidade dos participantes e apresentaram qualidade de vida inferior em todos os domínios avaliados, de modo independente de raça, renda e idade.

Esses achados indicam que a equidade no acesso não se esgota na chegada ao serviço. Programas comunitários de práticas corporais que recebem população feminina em pior condição de saúde requerem desenho sensível a gênero, atento às barreiras de mobilidade, segurança e disponibilidade de tempo que estruturam a experiência urbana das mulheres em territórios periféricos.

A dependência de arranjos intersetoriais não institucionalizados para suprir lacunas de oferta pública de práticas corporais constitui fragilidade a ser enfrentada. Recomenda-se que estudos futuros acompanhem longitudinalmente as trajetórias desde o encaminhamento até a permanência, permitindo identificar em que etapas do percurso as desigualdades sociais se convertem em desigualdades de acesso efetivo.

Referências

1. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. **Lancet Glob Health**. 2018;6(10):e1077-e1086. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
2. Strain T, Flaxman S, Guthold R, et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5.7 million participants. **Lancet Glob Health**. 2024;12(8):e1232-e1243. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00150-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00150-5)
3. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva MMA, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2016;21(6):1683-1694. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>
4. Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2016;21(6):1849-1859. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.09562016>
5. Silva TR, Silva EB, Krug RR, et al. Planejamento em saúde sobre práticas corpo-

- rais e atividade física no Programa Academia da Saúde. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**. 2020;25:1-8. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0163>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Programa Academia da Saúde**: caderno técnico de apoio à implantação e implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
 7. Ferreira RC, Guerra LM, Cortellazzi KL, et al. As práticas de saúde e a realidade dos profissionais de educação física em polos de academia da saúde. **Braz J Dev**. 2020;6(7):45123-45138.
 8. Hart JT. The inverse care law. **Lancet**. 1971;297(7696):405-412. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)
 9. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, et al. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **Lancet**. 2000;356(9235):1093-1098. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02741-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02741-0)
 10. Victora CG, Joseph G, Silva ICM, et al. The inverse equity hypothesis: analyses of institutional deliveries in 286 national surveys. **Am J Public Health**. 2018;108(4):464-471. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304277>
 11. Crochemore-Silva I, Knuth AG, Mielke GI, et al. Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. **Cad Saúde Pública**. 2020;36(8):e00155119. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155119>
 12. Vitorino SAS, Cruz MM, Barros DC. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2016;21(11):3533-3544. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.21352015>
 13. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, et al. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2014;19(8):3505-3512. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21242013>
 14. Sousa TF, Silva KS, Garcia LMT, et al. Práticas corporais e atividades físicas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2013 e 2021. **Physis**. 2025;35(1):e350119.
 15. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, et al. Iniciativa Strobe: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev Saúde Pública**. 2010;44(3):559-565. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
 16. Fundação Seade. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS versão 2022** [Internet]. São Paulo: Seade; 2023 [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://dadosabertos.sp.gov.br/dataset/seade-ipvs-versao-2022>

17. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida 'WHOQOL-bref'. **Rev Saúde Pública**. 2000;34(2):178-183. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
18. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Rev Bras Qualidade de Vida**. 2010;2(1):31-36.
19. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso em 2026 jul 24]; Seção I:59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
20. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Resolução nº 510**, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso em 2026 jul 24]; Seção I:44. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
21. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2021;26(9):4021-4032. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>
22. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2002;7(4):687-707. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>
23. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2014;19(4):1263-1274. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>
24. Solar O, Irwin A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: World Health Organization; 2010. 79 p.