

**SAÚDE PÚBLICA E
COMUNIDADE: BARREIRAS
NO ATENDIMENTO E NA
PROMOÇÃO DO CUIDADO
COLETIVO**

**PUBLIC HEALTH AND COMMUNITY: BARRIERS TO CARE AND THE
PROMOTION OF COLLECTIVE HEALTH**

Ciências da Saúde • 03/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/782860040](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/782860040)

Carlos Henrique Lobo¹
Jansley Hudson de Oliveira²
Amaro Bezerra de Lima Filho³
Giordanna Maia Rodrigues⁴
Mariah Baggio⁵
Franciele Lindohl Pinto⁶
Maria Abadia Ortiz⁷
Lívia Maria Vieira Brilhante⁸
Fábio Brito da Silva⁹
Maria Lúcia Pereira Passos¹⁰
Bárbara Amaral da Silva¹¹
Judite da Silva Corrêa¹²
Ariane Goulart Rodrigues¹³
Mário Vilar Trigueiro Neto¹⁴
Antonio Felipe da Silva Fragoso¹⁵
Josué Brito Gondim¹⁶

RESUMO

A saúde pública orientada pela comunidade depende da capacidade dos serviços de reconhecer necessidades territoriais, assegurar acesso oportuno e articular ações clínicas, preventivas, educativas e intersetoriais. Este estudo analisa as principais barreiras no atendimento e na promoção do cuidado coletivo no âmbito da Atenção Primária à Saúde, bem como estratégias capazes de ampliar equidade, vínculo, participação social e continuidade assistencial. Realizou-se revisão narrativa com busca estruturada em bases científicas e documentos institucionais publicados entre 2021 e 2026, utilizando descritores relacionados a acesso aos serviços, atenção primária, promoção da saúde, participação comunitária e equidade. Os achados foram organizados em dimensões geográficas, organizacionais, econômicas, socioculturais, comunicacionais, digitais e político-institucionais. Observou-se que distância, transporte insuficiente, horários restritos, filas, fragmentação das redes, discriminação, baixa competência cultural, precarização do trabalho e exclusão digital atuam de forma combinada, afetando sobretudo grupos em maior vulnerabilidade. Conclui-se que superar essas barreiras exige fortalecer a Estratégia Saúde da Família, os agentes comunitários, a gestão participativa, a educação popular, o planejamento territorial e a coordenação das redes, com financiamento estável e avaliação orientada pela equidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Promoção da Saúde; Participação Comunitária; Equidade em Saúde.

ABSTRACT

Community-oriented public health depends on the ability of services to recognize territorial needs, ensure timely access, and coordinate

clinical, preventive, educational, and intersectoral actions. This study analyzes the main barriers to care and to the promotion of collective health within Primary Health Care, as well as strategies capable of expanding equity, bonding, social participation, and continuity of care. A narrative review with a structured search was conducted in scientific databases and institutional documents published between 2021 and 2026, using descriptors related to access to health services, primary health care, health promotion, community participation, and equity. Findings were organized into geographic, organizational, economic, sociocultural, communicational, digital, and political-institutional dimensions. Distance, insufficient transportation, restricted opening hours, waiting lines, fragmented care networks, discrimination, low cultural competence, workforce precariousness, and digital exclusion were found to interact and disproportionately affect vulnerable groups. Overcoming these barriers requires strengthening the Family Health Strategy, community health workers, participatory management, popular education, territorial planning, and care network coordination, supported by stable funding and equity-oriented evaluation.

Keywords: Primary Health Care; Health Services Accessibility; Health Promotion; Community Participation; Health Equity.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o nível preferencial de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e reúne ações individuais e coletivas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e vigilância em saúde. Sua relevância está associada à capacidade de reconhecer necessidades concretas dos territórios e de articular respostas contínuas, integrais e culturalmente adequadas. Nessa perspectiva, a APS não pode ser

compreendida apenas como porta de acesso inicial, mas como espaço estratégico de coordenação do cuidado, produção de vínculo e acompanhamento longitudinal das famílias e comunidades (Brasil, 2022; World Health Organization, 2022).

A saúde pública orientada pela comunidade exige que os serviços ultrapassem a lógica exclusivamente assistencial e incorporem práticas capazes de dialogar com os determinantes sociais do processo saúde-doença. Condições como renda, moradia, alimentação, saneamento, transporte, escolaridade, trabalho, segurança e acesso à informação influenciam diretamente a possibilidade de adoecer, buscar atendimento e manter tratamentos. Assim, a promoção do cuidado coletivo depende da articulação entre ações clínicas, preventivas, educativas e intersetoriais, especialmente em territórios marcados por desigualdades persistentes (Brasil, 2022b; Fittipaldi; O'Dwyer; Henriques, 2021).

O acesso aos serviços de saúde não se limita à existência formal de uma unidade básica, de uma equipe cadastrada ou de uma agenda disponível. Ele envolve disponibilidade de profissionais, insumos e medicamentos, acessibilidade geográfica, aceitabilidade cultural, adequação dos horários, clareza dos fluxos administrativos, capacidade financeira dos usuários para chegar aos serviços e possibilidade efetiva de obter cuidado resolutivo no momento oportuno. Quando uma dessas dimensões falha, podem ocorrer adiamento da procura por atendimento, abandono terapêutico, peregrinação por diferentes serviços, uso tardio de urgências e agravamento de condições evitáveis (Lima et al., 2022; Clemente *et al.*, 2022).

No contexto brasileiro, a expansão da Estratégia Saúde da Família ampliou a presença territorial das equipes e fortaleceu a aproximação entre serviços, famílias e comunidades. Esse processo representou avanço importante para a universalização do cuidado, para a vigilância em saúde e para a identificação de necessidades que não chegam espontaneamente às unidades. Entretanto, a ampliação da cobertura não eliminou desigualdades regionais, rurais, raciais, econômicas e institucionais, que permanecem influenciando a experiência concreta de acesso e a continuidade assistencial (Franco *et al.*, 2021; Mendonça *et al.*, 2023).

Municípios rurais remotos, periferias urbanas, comunidades tradicionais, pessoas com deficiência, população em situação de rua, migrantes, idosos, trabalhadores com baixa flexibilidade de horário e grupos submetidos a discriminação enfrentam obstáculos adicionais para utilizar os serviços e participar das decisões sobre o cuidado. Nessas situações, a barreira não decorre apenas da distância física ou da falta de profissionais, mas de uma combinação de fatores organizacionais, econômicos, culturais, comunicacionais e políticos que se acumulam ao longo do percurso do usuário na rede de atenção (Andrade *et al.*, 2022; Anunciação *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023).

As barreiras organizacionais aparecem no cotidiano por meio de filas matinais, agendas pouco flexíveis, marcação exclusivamente presencial, critérios pouco transparentes de encaminhamento, rotatividade de profissionais, indisponibilidade de exames, ausência de retorno da atenção especializada e fragmentação entre pontos da rede. Tais dificuldades reduzem a confiança da população, enfraquecem o vínculo com as equipes e transferem ao usuário a responsabilidade de administrar fluxos que deveriam ser

coordenados pelo próprio sistema. Desse modo, o acesso formal pode existir, mas permanecer insuficiente para garantir cuidado oportuno, contínuo e resolutivo (Oliveira *et al.*, 2024; Carvalho *et al.*, 2023).

A promoção da saúde, por sua vez, torna-se limitada quando é tratada como atividade eventual ou campanha isolada. Para produzir efeitos consistentes, ela precisa estar integrada ao planejamento local, ao diagnóstico territorial, à educação popular, às visitas domiciliares, aos grupos comunitários e às ações intersetoriais. Quando a rotina das equipes é absorvida quase integralmente pela demanda espontânea e por metas burocráticas, há redução do tempo destinado à prevenção, ao acompanhamento familiar, à escuta comunitária e à intervenção sobre condições coletivas que influenciam o adoecimento (Heidemann *et al.*, 2023; Brasil, 2022).

A pandemia de COVID-19 tornou mais evidente a importância de uma APS robusta, capilarizada e integrada à comunidade. As equipes foram essenciais para vigilância, vacinação, acompanhamento de casos, orientação sanitária, apoio social e manutenção do cuidado de pessoas com condições crônicas. Ao mesmo tempo, a emergência sanitária revelou fragilidades de infraestrutura, proteção dos trabalhadores, integração de dados, comunicação pública e organização das redes. Essa experiência reforçou que a resiliência do sistema de saúde depende de capacidades comunitárias construídas antes das crises, e não apenas de respostas emergenciais posteriores (Schenkman *et al.*, 2023; Bajoulvand *et al.*, 2023).

A transformação digital acrescentou novas possibilidades para teleatendimento, prontuário eletrônico, teleconsultoria, comunicação com usuários e coordenação clínica. Contudo, a digitalização também pode ampliar desigualdades quando substitui canais presenciais sem considerar conectividade, letramento digital, privacidade, acessibilidade, disponibilidade de dispositivos e proteção de dados. A inovação tecnológica deve ampliar as alternativas de contato e acompanhamento, e não criar novas portas fechadas para idosos, pessoas com deficiência, moradores de áreas remotas ou famílias sem acesso adequado à internet (Haddad *et al.*, 2024; Soibelman *et al.*, 2025).

Apesar do avanço das pesquisas sobre APS, acesso e promoção da saúde, permanece como lacuna a necessidade de compreender de forma integrada como diferentes barreiras se combinam no atendimento e na promoção do cuidado coletivo. Muitos estudos abordam dimensões específicas, como distância, deficiência, racismo, saúde digital ou população em situação de rua, mas a prática cotidiana dos serviços demonstra que os obstáculos raramente aparecem isolados. O usuário pode enfrentar, simultaneamente, transporte precário, dificuldade financeira, comunicação pouco acessível, discriminação, horário incompatível e baixa coordenação da rede, o que torna indispensável uma leitura multidimensional do problema (Lima *et al.*, 2022; Clemente *et al.*, 2022; Andrade *et al.*, 2022; Haddad *et al.*, 2024).

Diante desse contexto, o problema que orienta esta pesquisa é: quais barreiras comprometem o atendimento e a promoção do cuidado coletivo nas comunidades, e quais estratégias podem ser adotadas para enfrentá-las de modo equitativo? A questão articula a organização dos serviços, as relações entre profissionais e usuários,

as características territoriais, os determinantes sociais e as condições político-institucionais que definem a experiência concreta de acesso à saúde pública e comunitária (Brasil, 2022; Oliveira *et al.*, 2024; Santos *et al.*, 2025).

A justificativa deste estudo fundamenta-se na relevância social, acadêmica e prática do tema. Socialmente, a identificação das barreiras permite reconhecer grupos mais vulnerabilizados e propor respostas compatíveis com suas necessidades. Academicamente, a síntese contribui para organizar evidências recentes sobre acesso, equidade, participação social e promoção da saúde. Na prática da gestão e do cuidado, o estudo pode apoiar o planejamento de estratégias mais coerentes com os territórios, favorecendo a melhoria da continuidade assistencial e da resolutividade da Atenção Primária à Saúde (World Health Organization, 2022; Mendonça *et al.*, 2023; Buziquia *et al.*, 2023).

O objetivo deste estudo é analisar as principais barreiras no atendimento e na promoção do cuidado coletivo no contexto da saúde pública e comunitária, discutindo suas repercussões sobre acesso, equidade e continuidade assistencial, bem como sistematizando estratégias de superação aplicáveis à Atenção Primária à Saúde. Para alcançar esse objetivo, o artigo organiza a discussão em torno dos fundamentos da APS, dos determinantes sociais, da participação comunitária, das redes de atenção, das barreiras identificadas na literatura e das estratégias de enfrentamento orientadas pela equidade.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Atenção Primária, Território e Cuidado Coletivo

A Atenção Primária abrangente combina primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação e orientação familiar e comunitária. Essa concepção distingue-se de modelos seletivos centrados em um pacote reduzido de procedimentos, pois reconhece que necessidades complexas exigem acompanhamento contínuo e articulação com outros níveis e políticas sociais (Mendonça *et al.*, 2023; World Health Organization, 2022).

O território não é apenas uma divisão administrativa. Ele reúne redes de solidariedade, relações de trabalho, conflitos ambientais, padrões de mobilidade, equipamentos públicos, culturas e vulnerabilidades. O diagnóstico territorial deve utilizar informações epidemiológicas e conhecimento produzido pelas equipes e moradores, permitindo planejar ações coerentes com microáreas e grupos específicos (Brasil, 2022).

Os agentes comunitários de saúde ocupam posição estratégica entre serviço e comunidade. Visitas domiciliares, busca ativa, reconhecimento de riscos e mediação comunicacional ampliam a capacidade de identificar necessidades que não chegam espontaneamente à unidade. A redução de cobertura ou a transformação do trabalho em tarefas exclusivamente cadastrais enfraquece a dimensão comunitária da Estratégia Saúde da Família (Mendonça *et al.*, 2023).

O cuidado coletivo inclui grupos educativos, campanhas contextualizadas, ações em escolas, intervenções ambientais, apoio a redes comunitárias e projetos intersetoriais. Sua efetividade depende da integração com o cuidado individual: uma atividade coletiva não substitui a consulta necessária, e a consulta isolada não resolve determinantes que atingem famílias e comunidades inteiras.

2.2. Acesso, Acessibilidade e Equidade

Acesso corresponde à oportunidade de utilizar serviços adequados, enquanto acessibilidade descreve características que facilitam ou dificultam essa utilização. A distância física, por exemplo, torna-se barreira mais intensa quando combinada a transporte irregular, custo elevado, limitações funcionais ou horários rígidos. A análise deve considerar a experiência do usuário e não apenas a distribuição nominal de unidades (Lima *et al.*, 2022).

A equidade orienta a oferta segundo necessidades diferenciadas. Tratar todos de modo idêntico pode reproduzir desigualdades quando grupos partem de condições distintas. Horários ampliados, transporte sanitário, equipes fluviais, visitas domiciliares, intérpretes, tecnologias assistivas e busca ativa são exemplos de adaptações justificadas por necessidades concretas (Clemente *et al.*, 2022; Franco *et al.*, 2021).

Barreiras administrativas incluem exigência documental excessiva, territorialização rígida, canais de agendamento pouco transparentes e encaminhamentos que transferem ao usuário a responsabilidade de navegar pela rede. Esses mecanismos produzem exclusão silenciosa, pois o serviço permanece oficialmente disponível, mas o percurso se torna inviável para parte da população (Oliveira *et al.*, 2024).

A avaliação de acesso deve incluir tempo de espera, proporção de demandas acolhidas, continuidade após encaminhamento, disponibilidade de medicamentos, satisfação e diferenças entre grupos sociais. Médias gerais podem ocultar iniquidades; por isso,

indicadores precisam ser estratificados por território, raça/cor, sexo, idade, deficiência e condição socioeconômica sempre que possível.

2.3. Determinantes Sociais e Vulnerabilidades

As condições de saúde são produzidas por fatores que excedem o setor sanitário. Insegurança alimentar, desemprego, moradia precária, exposição ambiental, baixa escolaridade e violência aumentam riscos e dificultam adesão a tratamentos. Recomendações clínicas que ignoram essas condições podem culpabilizar usuários por escolhas que não estão plenamente disponíveis (Brasil, 2022).

A vulnerabilidade deve ser compreendida como resultado de relações sociais e institucionais, e não como atributo fixo de indivíduos. Uma pessoa pode enfrentar barreiras específicas em razão de racismo, capacitismo, xenofobia, identidade de gênero, pobreza ou localização geográfica. A abordagem interseccional ajuda a reconhecer como diferentes desigualdades se combinam (Anunciação *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023).

Pessoas em situação de rua frequentemente encontram estigma, dificuldade para apresentar documentos, descontinuidade territorial e pouca articulação entre saúde, assistência social e habitação. A revisão de Andrade *et al.* (2022) destaca que preconceitos e regras organizacionais podem limitar tanto a atenção básica quanto a assistência especializada, reforçando trajetórias marcadas por urgências e interrupções.

O planejamento equitativo requer identificar populações sub-representadas nos registros e criar estratégias ativas de aproximação. A ausência de demanda registrada não significa

ausência de necessidade; pode indicar que o serviço é desconhecido, inacessível ou percebido como hostil.

2.4. Promoção da Saúde e Educação Popular

A educação em saúde pode assumir formato transmissivo, centrado na prescrição de condutas, ou dialógico, construído a partir de saberes e problemas vividos. Abordagens participativas favorecem autonomia, reflexão crítica e corresponsabilidade, sobretudo quando utilizam linguagem acessível e valorizam experiências locais (Fittipaldi; O'Dwyer; Henriques, 2021).

Atividades educativas isoladas, sem continuidade ou conexão com demandas do território, tendem a produzir baixo impacto. A promoção da saúde exige planejamento, objetivos definidos, avaliação e integração com escolas, associações, assistência social, cultura, esporte e meio ambiente. O trabalho intersetorial amplia a capacidade de enfrentar causas sociais do adoecimento (Brasil, 2022).

A comunicação de risco deve ser transparente, consistente e adaptada aos diferentes públicos. Mensagens contraditórias, excesso de termos técnicos e ausência de espaços para perguntas favorecem desinformação e desconfiança. Profissionais precisam combinar evidência científica com escuta das dúvidas, receios e crenças da comunidade.

Grupos comunitários podem funcionar como espaços de apoio, troca e identificação precoce de necessidades, mas devem evitar padronização rígida. Horários, frequência, acessibilidade física, cuidado com crianças e transporte influenciam a participação. A

qualidade do encontro importa tanto quanto o conteúdo transmitido.

2.5. Participação Social e Gestão Democrática

A participação social integra a arquitetura do SUS e representa mecanismo de controle público, definição de prioridades e produção de legitimidade. Na APS, ela pode ocorrer em conselhos locais, conferências, ouvidorias, assembleias territoriais, comitês e processos de planejamento compartilhado (Buziquia *et al.*, 2023).

Os estudos apontam que a existência formal de espaços participativos não garante influência efetiva. Reuniões excessivamente técnicas, pautas fechadas, baixa representação de grupos vulnerabilizados e ausência de retorno sobre propostas enfraquecem o vínculo entre participação e decisão (Engstrom *et al.*, 2023).

A gestão participativa requer transparência sobre recursos, metas, limitações e critérios de priorização. Quando os usuários compreendem como decisões são tomadas e recebem devolutivas, aumenta a possibilidade de cooperação. A participação também contribui para reconhecer problemas que indicadores quantitativos não captam, como tratamento desrespeitoso e dificuldades de navegação.

Profissionais e gestores precisam compartilhar poder sem transferir integralmente à comunidade responsabilidades estatais. Participar não significa substituir financiamento, infraestrutura ou trabalho técnico; significa integrar conhecimentos e garantir que políticas respondam às necessidades públicas.

2.6. Redes de Atenção e Coordenação do Cuidado

A APS deve coordenar fluxos entre pontos da rede, mantendo responsabilidade pelo acompanhamento mesmo quando o usuário necessita de atenção especializada. A fragmentação surge quando encaminhamentos não têm critérios claros, informações não retornam e o paciente precisa repetir sua história em diferentes serviços (Brasil, 2022).

Longas esperas por exames e consultas especializadas reduzem resolutividade e podem levar a agravamentos. A regulação deve combinar protocolos com avaliação clínica e social, priorizando risco e vulnerabilidade. A comunicação entre profissionais, por prontuário compartilhado ou mecanismos de apoio matricial, diminui perdas de informação.

Equipes multiprofissionais ampliam a capacidade de responder a necessidades nutricionais, psicológicas, funcionais, farmacêuticas e sociais. O enfraquecimento de arranjos interprofissionais pode concentrar demandas em poucos profissionais e reduzir ações preventivas e comunitárias (Mendonça *et al.*, 2023).

A coordenação também depende de transições seguras após alta hospitalar, acompanhamento de condições crônicas e reconciliação de medicamentos. A ausência desses processos aumenta reinternações, eventos adversos e insegurança das famílias.

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento e Pergunta de Pesquisa

Trata-se de revisão narrativa da literatura com busca estruturada e síntese temática. A abordagem foi qualitativa e de natureza aplicada, pois buscou interpretar evidências e documentos recentes para formular recomendações relacionadas à organização do atendimento e à promoção do cuidado coletivo.

A pergunta foi construída com base na relação entre população, conceito e contexto: comunidades e grupos atendidos por sistemas públicos de saúde; barreiras de acesso, atendimento e promoção da saúde; e contexto da Atenção Primária e das redes de atenção. A formulação orientou a escolha de descritores e a análise.

A opção pela revisão narrativa estruturada permitiu integrar estudos com diferentes desenhos, incluindo pesquisas qualitativas, revisões, análises de políticas e documentos institucionais. Não se pretendeu estimar efeito agregado, mas compreender mecanismos, contextos e respostas organizacionais.

O recorte temporal de janeiro de 2021 a junho de 2026 foi definido para contemplar evidências produzidas durante e após a pandemia, além de mudanças recentes na saúde digital, no financiamento, na força de trabalho e nas estratégias de promoção da saúde.

3.2. Fontes de Informação e Estratégia de Busca

Foram consultados SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed/MEDLINE e Google Scholar para localização complementar, além de páginas oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. A busca ocorreu entre 18 e 20 de junho de 2026.

Utilizaram-se os descritores e termos livres: “Atenção Primária à Saúde”, “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Promoção da Saúde”,

“Participação da Comunidade”, “Equidade em Saúde”, “Saúde Rural”, “Pessoas com Deficiência”, “População em Situação de Rua”, “Saúde Digital” e equivalentes em inglês, combinados por operadores AND e OR.

As estratégias foram adaptadas às características de cada base. Em bases bibliográficas, priorizaram-se título, resumo e palavras-chave. Em portais institucionais, utilizaram-se termos temáticos e filtros por data. Também foi realizada busca reversa nas referências de estudos relevantes, respeitando o recorte temporal para a composição final.

Para reduzir viés de seleção, foram incluídos diferentes tipos de barreira e grupos populacionais. A busca não se limitou a uma doença específica, porque o objetivo se concentrou na organização comunitária e na experiência transversal de acesso.

3.3. Critérios de Elegibilidade e Seleção

Foram incluídos artigos completos e documentos oficiais publicados entre 2021 e 2026, em português, inglês ou espanhol, que abordassem barreiras ao acesso, organização da APS, promoção da saúde, participação social, equidade, força de trabalho, redes de atenção ou transformação digital com implicações comunitárias.

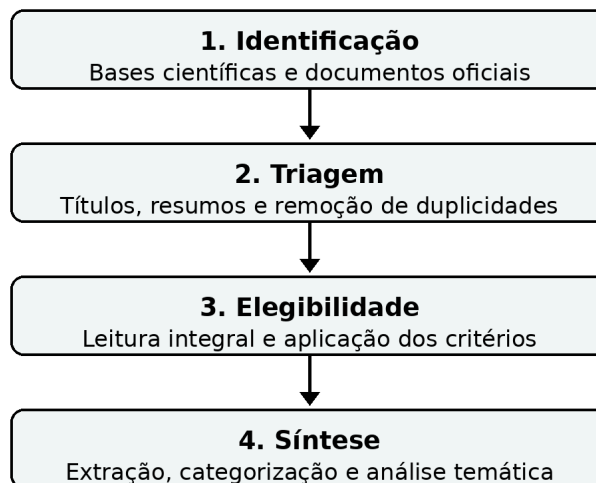
Foram excluídos textos sem acesso ao conteúdo mínimo necessário, publicações opinativas sem fundamentação, estudos exclusivamente hospitalares sem interface com a APS, materiais duplicados e trabalhos cujo foco não permitia extrair contribuições para a pergunta de pesquisa.

A seleção ocorreu em quatro etapas: identificação; leitura de títulos e resumos; leitura integral dos materiais potencialmente relevantes; e

organização dos achados por categorias. Divergências interpretativas foram resolvidas por releitura e confronto com o objetivo do estudo.

Como se trata de revisão narrativa, não foi aplicada avaliação quantitativa de risco de viés nem metanálise. A qualidade foi considerada por meio da origem da publicação, clareza metodológica, pertinência temática, atualidade e coerência entre resultados e conclusões.

3.4. Fluxograma e Análise dos Dados



Os dados foram extraídos em matriz contendo autoria, ano, objetivo, contexto, população, tipo de barreira, repercussões e estratégias propostas. A síntese foi realizada por análise temática, com leitura comparativa e agrupamento de conteúdos recorrentes.

As categorias analíticas foram: barreiras geográficas e de mobilidade; barreiras organizacionais e assistenciais; barreiras econômicas e sociais; barreiras culturais, comunicacionais e discriminatórias; barreiras digitais; participação comunitária; força de trabalho; e coordenação das redes.

A análise procurou identificar não apenas obstáculos isolados, mas interações entre dimensões. Uma distância moderada pode tornar-se impeditiva quando há custo de transporte, deficiência física, horário restrito e necessidade de múltiplos retornos. Essa leitura relacional orientou a discussão.

Por utilizar fontes públicas e não envolver participantes, prontuários ou dados pessoais identificáveis, o estudo dispensou submissão a comitê de ética. Foram respeitados princípios de integridade acadêmica, atribuição de autoria e uso exclusivo de referências verificáveis.

A organização dos dados buscou preservar coerência entre o problema de pesquisa, os objetivos e as categorias analíticas. Por esse motivo, a leitura dos materiais não se restringiu à identificação de resultados isolados, mas considerou os contextos nos quais as barreiras foram descritas, os grupos mais afetados e as respostas institucionais apresentadas. Essa forma de síntese favoreceu a construção de uma análise aplicada, capaz de dialogar com a gestão, com as equipes de saúde e com a participação comunitária.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Barreiras Geográficas e Territoriais

Os estudos sobre áreas rurais e remotas mostram que distância, dispersão populacional, rios, estradas precárias e transporte irregular condicionam o acesso. A presença de unidade no município não garante atendimento oportuno quando o deslocamento exige horas, custos e dependência de condições climáticas (Franco *et al.*, 2021; Lima *et al.*, 2022).

Em territórios amazônicos, estratégias fluviais, equipes itinerantes, apoio logístico e financiamento diferenciado são indispensáveis. A organização baseada em parâmetros urbanos tende a subestimar tempo de deslocamento e custos operacionais, reduzindo frequência de visitas e continuidade.

Nas periferias urbanas, a barreira geográfica assume outras formas: longos trajetos, transporte lotado, violência territorial e incompatibilidade entre deslocamento e jornada de trabalho. A proximidade cartográfica pode coexistir com baixa acessibilidade cotidiana. A resposta exige territorialização dinâmica, microplanejamento, mapas de risco, integração com transporte sanitário e combinação de modalidades presenciais, domiciliares e remotas. A teleassistência pode apoiar, mas não substitui infraestrutura e presença profissional.

4.2. Barreiras Organizacionais e Tempo de Espera

Horários restritos, filas matinais, agendamento exclusivamente presencial e baixa previsibilidade dificultam o acesso de trabalhadores, cuidadores e estudantes. Sistemas de marcação devem oferecer múltiplos canais e reservar capacidade para demandas agudas sem desorganizar o acompanhamento programado. Acolhimento não pode ser reduzido a triagem burocrática. Ele implica escuta, avaliação de risco e resposta responsável, ainda que a solução definitiva ocorra em outro momento. Recusas sem orientação produzem peregrinação e desconfiança. A insuficiência de consultas, exames e medicamentos leva usuários a repetir contatos e aumenta custos indiretos. A análise de demanda, o manejo de filas e a revisão de processos podem

reduzir desperdícios, mas dependem de capacidade instalada e financiamento.

Indicadores de produção isolados podem estimular volume sem continuidade. A avaliação deve considerar resolução, retorno planejado, ausência evitável, tempo para primeiro atendimento e experiência do usuário.

4.3. Força de Trabalho e Condições de Cuidado

A distribuição desigual de profissionais, a rotatividade e vínculos precários comprometem longitudinalidade. Equipes incompletas assumem sobrecarga, reduzem ações comunitárias e priorizam problemas imediatos, criando ciclo de demanda acumulada (Carvalho *et al.*, 2023). A educação permanente precisa partir de problemas do trabalho e articular competências clínicas, comunicação, competência cultural, saúde coletiva e trabalho em equipe. Cursos desconectados da realidade têm baixa capacidade de transformar práticas.

O cuidado dos trabalhadores também é condição para qualidade. Exaustão, violência ocupacional, falta de insumos e pressão por metas afetam escuta e segurança. Gestão responsável deve assegurar dimensionamento, apoio institucional e espaços de discussão. A atuação multiprofissional e o apoio matricial ampliam resolutividade. A perda de equipes ampliadas ou a fragmentação de agendas reduz integração entre saberes e dificulta planos de cuidado complexos (Mendonça *et al.*, 2023).

4.4. Barreiras Econômicas e Custos Indiretos

Mesmo em sistema universal, usuários enfrentam custos de transporte, alimentação, perda de renda, aquisição de medicamentos indisponíveis e cuidado de dependentes. Esses custos podem levar ao adiamento do atendimento e à interrupção de tratamentos. Famílias em insegurança econômica tendem a priorizar necessidades imediatas. Planos terapêuticos devem considerar capacidade real de comparecimento, armazenamento de medicamentos, alimentação e apoio social, evitando prescrições inviáveis.

A articulação entre saúde e assistência social é necessária para encaminhar benefícios, segurança alimentar e proteção. Entretanto, encaminhamento sem acompanhamento pode apenas deslocar o problema entre setores. O planejamento local pode reduzir custos indiretos por meio de agendas coordenadas, dispensação para períodos adequados, visitas domiciliares e integração de procedimentos no mesmo dia, especialmente para pessoas com mobilidade reduzida.

4.5. Racismo, Discriminação e Competência Cultural

O racismo institucional manifesta-se em deslegitimação de queixas, comunicação hostil, menor oferta de informação e ausência de resposta às desigualdades. Essas experiências afetam confiança e utilização dos serviços (Anunciação *et al.*, 2022).

Pessoas migrantes e refugiadas podem enfrentar idioma, desconhecimento do sistema, medo de discriminação e diferenças culturais. Intérpretes, materiais multilíngues e formação das equipes são estratégias necessárias (Silva *et al.*, 2023). Competência cultural não significa estereotipar grupos. Significa reconhecer contextos,

perguntar preferências, negociar condutas e refletir sobre preconceitos institucionais. A coleta qualificada de raça/cor e outros marcadores permite monitorar iniquidades.

Mecanismos de denúncia e ouvidoria devem ser acessíveis e produzir respostas. A instituição precisa transformar relatos em educação, revisão de processos e responsabilização, evitando que a carga de enfrentar discriminação recaia sobre o usuário.

4.6. Pessoas com Deficiência e Acessibilidade Universal

As barreiras para pessoas com deficiência incluem obstáculos arquitetônicos, ausência de transporte, comunicação inadequada, equipamentos incompatíveis e atitudes capacitistas. A acessibilidade deve ser considerada desde a entrada até diagnóstico, tratamento e acompanhamento (Clemente *et al.*, 2022).

Rampas sem inclinação adequada ou banheiros inacessíveis ilustram soluções apenas formais. Auditorias com participação de pessoas com deficiência ajudam a verificar uso real dos ambientes e fluxos. A comunicação acessível envolve Libras, linguagem simples, recursos visuais, tecnologias assistivas e tempo adequado. Profissionais não devem dirigir-se apenas ao acompanhante nem presumir incapacidade de decisão.

Visitas domiciliares podem ser importantes, mas não devem substituir o direito de utilizar serviços acessíveis. A combinação entre adaptação física, transporte e cuidado domiciliar deve respeitar autonomia.

4.7. População em Situação de Rua e Mobilidade Social

A população em situação de rua enfrenta estigma, ausência de documentos, perda de pertences, dificuldade de higiene e deslocamentos frequentes. Regras rígidas de território e agendamento podem impedir continuidade (Andrade *et al.*, 2022).

Equipes de Consultório na Rua e articulação com UBS, CAPS, urgências e assistência social são fundamentais. O cuidado precisa reduzir exigências desnecessárias e construir planos graduais, respeitando prioridades definidas pelo usuário.

A abordagem deve integrar saúde mental, uso de substâncias, condições infecciosas, feridas, saúde bucal e proteção social sem reduzir a pessoa a um diagnóstico. Vínculo e respeito são tecnologias centrais. A alta hospitalar sem local seguro ou contato com a rede favorece reinternação. Protocolos intersetoriais e gestores de caso podem melhorar transições.

4.8. Saúde Digital: Oportunidade e Exclusão

Prontuários eletrônicos, teleconsultoria e mensagens podem ampliar coordenação e acesso. Contudo, falhas de conectividade, equipamentos insuficientes e sistemas não interoperáveis aumentam trabalho e podem fragmentar informações (Haddad *et al.*, 2024).

Para usuários, agendamento por aplicativo ou confirmação digital pode ser conveniente, mas exclui quem não possui internet, aparelho, letramento ou privacidade. Deve existir alternativa presencial e telefônica sem penalização. A teleconsulta é mais adequada quando critérios clínicos, consentimento, privacidade e possibilidade de exame presencial estão definidos. Ela não deve ser usada para reduzir indiscriminadamente contato em situações que

exigem avaliação física. A transformação digital precisa ser avaliada por equidade, segurança e experiência. Indicadores devem identificar quem utiliza e quem abandona os canais digitais.

4.9. Comunicação, Informação e Letramento em Saúde

Orientações complexas, formulários extensos e linguagem técnica reduzem compreensão. O letramento em saúde deve ser responsabilidade compartilhada: serviços precisam comunicar de modo claro e verificar entendimento. A técnica de retorno da informação, na qual o usuário explica com suas palavras o que compreendeu, ajuda a identificar falhas sem constrangimento. Materiais devem ser curtos, visuais e adaptados culturalmente.

A desinformação prospera em ambientes de baixa confiança. Respostas punitivas ou irônicas afastam usuários; escuta respeitosa e comunicação consistente são mais eficazes. Agentes comunitários, lideranças e escolas podem atuar como mediadores, desde que recebam informação atualizada e participem da construção das mensagens.

4.10. Participação Comunitária na Definição de Prioridades

A literatura destaca que participação social pode revelar problemas invisíveis aos bancos de dados, como humilhação, medo, horários inadequados e insegurança no entorno (Buziquia *et al.*, 2023).

Conselhos locais precisam de pautas compreensíveis, divulgação, diversidade de participantes e devolutiva. Reuniões em horários alternativos e apoio para transporte ou cuidado infantil ampliam participação. Métodos como mapeamento comunitário, rodas de conversa e planejamento rápido participativo aproximam gestão e

cotidiano. Os resultados devem alimentar planos, metas e orçamento.

A participação não elimina conflitos; oferece espaço legítimo para negociação. A transparência sobre limites evita expectativas irreais e fortalece confiança.

4.11. Promoção da Saúde e Ações Intersetoriais

A promoção da saúde torna-se frágil quando tratada como evento ocasional. Ela deve integrar planejamento, agenda e avaliação das equipes, articulando cuidado clínico e ações sobre determinantes (Brasil, 2022).

Escolas, assistência social, saneamento, cultura e urbanismo possuem recursos complementares. A intersetorialidade exige objetivos comuns, responsabilidades definidas e acompanhamento, não apenas encaminhamentos informais. Projetos comunitários devem partir de diagnóstico e interesse local. Atividade física, alimentação, prevenção de violências e saúde mental assumem formatos diferentes conforme território. A avaliação pode combinar participação, mudança de conhecimento, acesso a recursos, fortalecimento de redes e indicadores de saúde, evitando atribuir efeitos complexos a uma única ação.

4.12. Financiamento, Gestão e Sustentabilidade

Financiamento instável dificulta manutenção de equipes, insumos e ações territoriais. Mudanças de modelo podem alterar incentivos e produzir efeitos sobre cadastro, cobertura e composição das equipes (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021; Mendonça *et al.*, 2023).

A sustentabilidade da ESF depende de coordenação federativa, repasses previsíveis e capacidade municipal. Municípios pequenos e remotos necessitam critérios que reconheçam escala, dispersão e vulnerabilidade. Metas devem induzir qualidade e equidade sem estimular seleção de usuários ou registro burocrático. Indicadores precisam ser acompanhados de análise qualitativa e apoio para melhoria. A transparência orçamentária e a participação social permitem discutir escolhas e proteger ações comunitárias que nem sempre geram produção imediatamente mensurável.

4.13. Síntese das Barreiras e Seus Efeitos Combinados

As barreiras identificadas raramente atuam isoladamente. Uma pessoa idosa com deficiência, baixa renda e residência periférica pode enfrentar transporte, arquitetura, comunicação e agendamento simultaneamente. O efeito acumulado aumenta risco de atraso diagnóstico, baixa adesão, uso de urgências e piora clínica. A resposta deve ser personalizada e territorial, evitando soluções únicas.

Equipes podem utilizar estratificação de vulnerabilidade, busca ativa e planos compartilhados. Contudo, instrumentos não substituem julgamento clínico nem escuta.

A síntese evidencia que acesso é propriedade do sistema e da relação com a comunidade. Responsabilizar exclusivamente o usuário oculta falhas organizacionais.

4.14. Estratégias de Enfrentamento

As estratégias mais consistentes incluem equipes completas, ACS valorizados, horários flexíveis, acolhimento responsável, múltiplos

canais de agendamento e coordenação dos encaminhamentos. Para equidade, recomendam-se transporte, acessibilidade universal, intérpretes, materiais claros, busca ativa e ações específicas para grupos expostos a discriminação.

No campo comunitário, destacam-se diagnóstico participativo, conselhos locais fortalecidos, educação popular e projetos intersetoriais com objetivos mensuráveis. No campo da gestão, financiamento estável, educação permanente, sistemas interoperáveis e monitoramento estratificado permitem identificar desigualdades e orientar melhoria.

As estratégias de enfrentamento devem ser planejadas de modo progressivo e avaliadas continuamente. Medidas simples, como reorganização de agendas, acolhimento responsável, comunicação clara e busca ativa, podem produzir ganhos imediatos quando articuladas a mudanças estruturais, como financiamento estável, equipes completas, transporte sanitário, acessibilidade universal e integração entre sistemas de informação. A combinação entre respostas de curto, médio e longo prazo é essencial para que a equidade deixe de ser apenas princípio normativo e se transforme em critério prático de organização do cuidado.

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstra que as barreiras no atendimento e na promoção do cuidado coletivo são multidimensionais e interdependentes. Distância, transporte, horários, filas, insuficiência de profissionais, fragmentação da rede, custos indiretos, discriminação, comunicação inadequada e exclusão digital reduzem

o acesso e afetam de forma desproporcional grupos em maior vulnerabilidade.

O objetivo foi atingido ao identificar as principais dimensões de barreira e sistematizar estratégias de enfrentamento. A superação exige fortalecer a Atenção Primária abrangente e a Estratégia Saúde da Família, preservar o trabalho territorial dos agentes comunitários, ampliar equipes multiprofissionais e garantir coordenação efetiva com os demais pontos da rede. A promoção do cuidado coletivo depende de participação comunitária real, educação dialógica, planejamento territorial e articulação intersetorial. Essas práticas precisam estar incorporadas à rotina, com tempo, recursos, responsabilidades e avaliação, e não restritas a iniciativas eventuais.

Conclui-se que a equidade deve orientar financiamento, organização e monitoramento. Serviços acessíveis são aqueles capazes de reconhecer diferenças, remover obstáculos e responder com respeito, continuidade e resolutividade. Estudos futuros podem avaliar intervenções locais e desenvolver indicadores sensíveis à experiência dos usuários e às desigualdades territoriais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, R. et al. O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213204>. Acesso em: 04 abr. 2026.

ANUNCIAÇÃO, D. et al. (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, 2022. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.05372022>. Acesso em: 18 maio 2026.

BAJOULVAND, R. et al. Strengthening primary health care for effective response to pandemics: a systematic review. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Cairo, v. 29, n. 7, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.26719/emhj.23.037>. Acesso em: 22 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_operacionalizacao_politica_nacional.pdf. Acesso em: 09 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde: curso 1, módulo 4**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_atencao_saude_curso1_modulo4.pdf. Acesso em: 12 jun. 2026.

BUZIQUEIA, S. P. et al. Participação social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, e220121pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220121pt>. Acesso em: 28 maio 2026.

CARVALHO, D. S. et al. Planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde no Brasil: produção científica e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042023E213>. Acesso em: 02 jun. 2026.

CLEMENTE, K. A. P. et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004068>. Acesso em: 15 mar. 2026.

ENGSTROM, E. M. et al. Gestão participativa na Atenção Primária à Saúde: ensaio sobre práticas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042023E111>. Acesso em: 21 abr. 2026.

FITTIPALDI, A. L. M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200806, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200806>. Acesso em: 30 mar. 2026.

FRANCO, C. M. et al. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00234720>. Acesso em: 14 maio 2026.

HADDAD, A. E. et al. Saúde Digital no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230308>. Acesso em: 07 jun. 2026.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Práticas de promoção da saúde desenvolvidas por enfermeiros na Atenção Primária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, 2023. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0158>. Acesso em: 25 abr. 2026.

LIMA, J. G. et al. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, e00616190, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>. Acesso em: 19 mar. 2026.

MENDONÇA, F. F. et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>. Acesso em: 11 maio 2026.

OLIVEIRA, T. S. et al. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde: revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024292.15582023>. Acesso em: 26 mar. 2026.

SANTOS, M. R. et al. Estratégias e barreiras na Atenção Primária à Saúde para a implementação da orientação comunitária e competência cultural. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202535010>. Acesso em: 05 jun. 2026.

SCHENKMAN, S. et al. Padrões de desempenho da atenção primária no enfrentamento da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN046323>. Acesso em: 17 abr. 2026.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.2.22302021>. Acesso em: 23 maio 2026.

SILVA, F. A. J. et al. Atenção Primária à Saúde do imigrante negro durante a pandemia da COVID-19. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 57, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0331pt>. Acesso em: 30 abr. 2026.

SOIBELMAN, G. et al. Saúde digital na Atenção Primária à Saúde no Brasil: experiências e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202514402>. Acesso em: 14 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058361>. Acesso em: 05 maio 2026.

¹ Graduando em Medicina, Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio (CEUNSP). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6192-3137>.

² Mestre em Administração (UNAMA) e Bacharel em Farmácia (UNINASSAU), Centro Universitário Maurício de Nassau. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3104-9014>.

³ Mestre em Administração (UNAMA) e Bacharel em Farmácia (UNIBRA), EBSEH/HC-UFPE. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6132-7273>.

⁴ Discente de Medicina, Universidade de Rio Verde, Campus Goiânia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5221-1157>.

⁵ Graduada em Enfermagem, Fundação Educacional Machado de Assis. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9155-6992>.

⁶ Bacharel em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2763-6597>.

⁷ Pós-graduada, Faculdade Católica Paulista. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0790-1097>.

⁸ Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário Aparício Carvalho. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1294-9801>.

⁹ Mestrando em Desenvolvimento e Gestão Social, Universidade Federal da Bahia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6716-4579>.

¹⁰ Enfermeira, Universidade Federal de Goiás. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9208-5723>.

¹¹ Enfermeira, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9498-276X>.

¹² Fisioterapeuta, Universidade Federal do Pará. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4371-800X>.

¹³ Enfermeira graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4990-7944>

¹⁴ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão em Sistemas Agroindustriais da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Pombal-PB. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4395-5300>

¹⁵ Discente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário de Patos-Unifip. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁶ Mestre em Inovação Terapêutica pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Tecnólogo em Radiologia pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP). Especialista em Radioterapia pela Faculdade de Tecnologia do Amapá (FATAP) e Especialista em Metodologias Ativas, Saúde Pública e Saúde Coletiva pela FACEMINAS. Docente/Pesquisador vinculado ao Centro Universitário de Patos (UNIFIP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8888-0932>