REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

O TERRITÓRIO IMPORTA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ACESSO À SAÚDE EM COMUNIDADES RURAIS NO MUNICÍPIO DE CANOINHAS

TERRITORY MATTERS: SOCIAL PARTICIPATION AND ACCESS TO HEALTH IN RURAL COMMUNITIES IN THE MUNICIPALITY OF CANOINHAS

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde • 16/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794581601

Regeane Polakoski[1]

Alisson Renan Scheidt[2]

Reinaldo Knorek[3]

Telma Regina Stroparo[4]

João Paulo Capella Nascimento[5]

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central na garantia do acesso, especialmente em comunidades rurais, nas quais distância, mobilidade e organização territorial podem ampliar desigualdades. Este estudo teve como objetivo analisar as percepções de profissionais da APS acerca dos efeitos do fechamento e da posterior reabertura de unidades de saúde rurais no município de Canoinhas, Santa Catarina, considerando o acesso da população, a organização do processo de trabalho, a atuação interprofissional e a participação social. Trata-se de relato de experiência, de abordagem quali-quantitativa, realizado com 23 profissionais da rede municipal de saúde. A coleta ocorreu por questionário eletrônico estruturado, com questões sociodemográficas e profissionais, itens em escala Likert de cinco pontos e questão aberta. Os dados quantitativos foram analisados mediante estatística descritiva e as respostas discursivas por análise temática. Todos os participantes (100%) perceberam aumento do deslocamento, comprometimento do acesso e maior prejuízo às populações rurais; 82,6% consideraram que o fechamento dificultou a articulação entre os profissionais; 82,6% reconheceram a mobilização comunitária como decisiva para a reabertura; e 91,3% avaliaram que a retomada dos serviços melhorou a organização do trabalho. A análise qualitativa evidenciou dificuldades de acesso e mobilidade, sobrecarga das unidades urbanas, prejuízos à continuidade do cuidado e fortalecimento da APS após a reabertura. Conclui-se que a organização da APS em territórios rurais deve considerar barreiras de deslocamento, equidade territorial, participação comunitária e condições de trabalho das equipes, favorecendo continuidade do cuidado e proximidade entre serviços e população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Participação social; Saúde rural; Acesso aos serviços de saúde; Equidade em saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) plays a central role in ensuring access to health services, particularly in rural communities, where distance, mobility, and territorial organization may intensify inequalities. This study aimed to analyze PHC professionals' perceptions of the effects of the closure and subsequent reopening of rural health units in the municipality of Canoinhas, Santa Catarina, Brazil, considering population access, work process organization, interprofessional practice, and social participation. This experience report used a qualitative and quantitative approach and involved 23 professionals from the municipal health network. Data were collected through a structured electronic questionnaire containing sociodemographic and professional questions, five-point Likert items, and an open-ended question. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while discursive responses underwent thematic analysis. All participants (100%) perceived increased travel, impaired access, and greater negative effects on rural populations; 82.6% considered that the closure hindered professional articulation; 82.6% recognized community mobilization as decisive for reopening the units; and 91.3% reported improvements in work organization after services resumed. The qualitative analysis highlighted access and mobility barriers, overload of urban units, disruption of continuity of care, and strengthening of PHC after reopening. The findings indicate that PHC organization in rural territories should consider mobility barriers, territorial equity, community participation, and team working conditions to support continuity of care and proximity between services and the population.

Keywords: Primary Health Care; Social participation; Rural health; Health services accessibility; Health equity.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se como principal nível de acesso da população aos serviços e desempenhando papel fundamental na coordenação e continuidade do cuidado. Sua efetividade, contudo, não depende apenas da existência formal dos serviços, mas também das condições concretas que possibilitam sua utilização. Em municípios com extensas áreas rurais, fatores como distância, transporte, disponibilidade dos serviços e características socioespaciais podem ampliar barreiras de acesso e exigir formas de organização compatíveis com as especificidades territoriais. Nesse sentido, estudos recentes demonstram que os territórios rurais brasileiros apresentam configurações distintas, demandando respostas igualmente diferenciadas das políticas e dos serviços de saúde (Bousquat et al., 2022).

A relação entre território e acesso torna-se especialmente relevante quando a população precisa percorrer maiores distâncias para obter atendimento. Soares et al. (2024), ao analisarem 8.711 equipes de Saúde da Família em 2.940 municípios rurais brasileiros, identificaram fatores estruturais e organizacionais capazes de interferir na acessibilidade aos serviços. De forma semelhante, Lima et al. (2022) destacaram como barreiras geográficas as longas distâncias, o tempo e os custos de deslocamento, as condições das vias e as dificuldades de transporte. Jesus et al. (2024) também identificaram distância, incompatibilidade de horários e ausência de

transporte como obstáculos relevantes ao acesso da população rural, reforçando a necessidade de organizar a APS de acordo com as particularidades desses territórios.

A presença dos serviços no território também se relaciona à continuidade do cuidado e à construção de vínculos entre população e equipes. Em áreas rurais, essa dimensão ganha maior relevância diante das dificuldades de deslocamento e da necessidade de acompanhamento contínuo de diferentes condições de saúde.

Além do acesso, alterações na organização territorial dos serviços podem repercutir no processo de trabalho das equipes. A colaboração interprofissional na APS envolve comunicação, articulação entre saberes, planejamento compartilhado e corresponsabilização pelo cuidado. Kanno et al. (2023) destacam que espaços de comunicação, reuniões de equipe, liderança, autonomia e participação nas decisões influenciam diretamente a colaboração entre os profissionais. Assim, mudanças na disponibilidade ou localização dos serviços podem afetar não apenas os usuários, mas também a dinâmica de funcionamento das equipes.

Outro aspecto relevante é a participação social. A proximidade da APS com os territórios favorece processos de diálogo e mobilização comunitária. Buziquia et al. (2024) identificaram diferentes formas de participação em serviços da Estratégia Saúde da Família e destacaram que parcerias locais e atuação das equipes podem ampliar o engajamento das comunidades. Dessa forma, a população pode assumir papel ativo na identificação de necessidades e na defesa de serviços considerados importantes para o território.

É nesse contexto que se insere a experiência do município de Canoinhas, Santa Catarina, onde o fechamento e a posterior reabertura de unidades de saúde rurais suscitaram questionamentos sobre os efeitos dessa reorganização para a população e para os profissionais da APS. O caso permite analisar como alterações na presença territorial dos serviços foram percebidas em relação ao deslocamento dos usuários, ao acesso, à continuidade do cuidado, à organização do trabalho, à articulação das equipes e à participação comunitária.

Diante disso, estabeleceu-se como questão de pesquisa: quais foram os impactos do fechamento e da posterior reabertura de unidades de saúde rurais no município de Canoinhas sobre o acesso da população aos serviços, a organização do processo de trabalho e a atuação interprofissional das equipes da Atenção Primária à Saúde? O estudo tem como objetivo analisar as percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca dos efeitos do fechamento e da posterior reabertura dessas unidades rurais, considerando o acesso da população aos serviços, a organização do processo de trabalho, a atuação interprofissional e a participação social nesse processo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Atenção Primária à Saúde, Território e Ruralidade

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui nível estratégico para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente por sua proximidade com os espaços de vida da população. Nesse contexto, o território não se limita à dimensão geográfica, pois envolve características populacionais, sociais, econômicas e condições de deslocamento e utilização dos serviços.

Nas áreas rurais, esses elementos assumem especial relevância, uma vez que a dispersão populacional e as distâncias entre comunidades e unidades de saúde podem interferir diretamente no acesso e na capacidade de resposta da APS.

> *Os municípios rurais remotos distinguem-se em suas características socioespaciais e de inserção na lógica econômica, demandando políticas de saúde customizadas. A estratégia de construção das regiões de saúde, com oferta de serviços regionais especializados, tende a ser mais efetiva nos municípios rurais remotos mais próximos de centros urbanos, desde que articulada à política de transporte sanitário. (Bousquat et al., 2022, p. 1).*

Bousquat et al. (2022), ao analisarem municípios rurais remotos brasileiros a partir da categoria “uso do território”, demonstram que o rural não constitui uma realidade homogênea. Diferentes configurações socioespaciais produzem necessidades específicas e demandam políticas de saúde ajustadas às características de cada território. Essa perspectiva evidencia que a organização da APS em comunidades rurais não deve simplesmente reproduzir modelos concebidos para contextos urbanos.

Fausto et al. (2023), em estudo realizado em 27 municípios rurais remotos brasileiros, identificaram que as características territoriais condicionam a provisão da APS, destacando desafios relacionados à cobertura assistencial, às longas distâncias e à disponibilidade de profissionais. De maneira complementar, Jesus et al. (2024) apontam que as necessidades das populações rurais envolvem não apenas dificuldades de acesso, mas também particularidades relacionadas

às condições de vida e trabalho, reforçando a necessidade de organização dos serviços compatível com essas realidades.

> *O contexto mostrou-se dimensão-chave para a análise das especificidades da organização e do acesso nos MRR. A dispersão populacional e as longas distâncias que separam pequenos povoados da sede municipal e do centro urbano de referência são circunstâncias que condicionam o acesso e o modo de ofertar serviços de APS (Fausto et al., 2023, p. 11).*

A territorialização, portanto, permite às equipes compreender não somente quem constitui a população sob sua responsabilidade, mas também as condições concretas pelas quais essa população acessa o cuidado. Distâncias, condições das vias, disponibilidade de transporte e localização das unidades podem assumir importância decisiva, especialmente para usuários que necessitam de acompanhamento frequente ou apresentam limitações de deslocamento.

> *As longas distâncias e dificuldades de deslocamento se configuram como barreiras de acesso para a população chegar aos serviços, para os profissionais acessarem seus usuários e para a gestão ofertar os serviços necessários. A elevada dispersão populacional é fator limitante para instalação de UBS em pequenas comunidades, gerando maior necessidade de deslocamentos. (Lima et al., 2022, p. 6).*

Lima et al. (2022), ao investigarem municípios rurais remotos do Oeste do Pará, identificaram barreiras relacionadas às grandes distâncias, ao tempo e aos custos de deslocamento, às condições

das vias e às dificuldades de transporte. Também foram observados obstáculos organizacionais referentes à oferta de consultas, exames e medicamentos, aos dias de funcionamento dos serviços e à rotatividade profissional. Embora esse contexto apresente características distintas das encontradas no Sul do Brasil, o estudo demonstra que a acessibilidade resulta da interação entre condições territoriais e organização dos serviços.

Essa compreensão é reforçada por Soares et al. (2024), que analisaram 8.711 equipes de Saúde da Família em 2.940 municípios rurais brasileiros e identificaram fatores estruturais e relacionados ao processo de trabalho capazes de interferir na acessibilidade. Os resultados demonstram que a existência formal da APS em determinado município não assegura, por si só, condições equivalentes de acesso às diferentes populações presentes em seu território. Apesar das diferenças em relação a Canoinhas, esses estudos sustentam um princípio relevante: o rural não deve ser compreendido como uma categoria territorial uniforme. As características próprias de cada localidade precisam ser consideradas no planejamento e na organização da atenção.

Nessa perspectiva, decisões sobre a distribuição territorial dos serviços podem produzir efeitos distintos entre grupos populacionais. Quando uma comunidade rural deixa de contar com atendimento em seu território, distância, transporte e condições de deslocamento passam a interferir concretamente na utilização dos serviços. A equidade territorial, portanto, não pressupõe oferta idêntica em todos os espaços, mas respostas compatíveis com necessidades e barreiras diferenciadas.

Essa compreensão fundamenta a análise do processo ocorrido em Canoinhas. Mais do que considerar apenas a abertura ou o fechamento físico das unidades, interessa compreender como a presença da APS no território se relaciona às possibilidades de acesso da população rural. O território constitui, assim, dimensão central para analisar tanto as barreiras decorrentes do afastamento dos serviços quanto os possíveis efeitos de sua reaproximação com as comunidades.

2.2. Acesso, Equidade e Continuidade do Cuidado em Comunidades Rurais

O acesso aos serviços de saúde constitui dimensão fundamental para a efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por sua função de primeiro contato e acompanhamento continuado das necessidades da população. Em áreas rurais, entretanto, a existência de uma unidade ou equipe não assegura, isoladamente, o acesso, pois a utilização dos serviços também depende das condições territoriais e da forma como a atenção é organizada e disponibilizada.

Entre os fatores que interferem nesse processo estão aspectos estruturais e organizacionais dos serviços. Em municípios rurais brasileiros, foram identificadas limitações relacionadas à estrutura das unidades, às tecnologias disponíveis, ao processo de trabalho das equipes e à disponibilidade de outros níveis de atenção. Essas condições podem restringir a utilização dos serviços mesmo quando existe oferta local de APS (Soares et al., 2024).

A dimensão territorial também exerce influência significativa sobre a acessibilidade. Grandes distâncias, tempo e custos de deslocamento,

condições das vias e dificuldades de transporte constituem importantes barreiras geográficas. A elas podem se somar obstáculos organizacionais, como oferta insuficiente de consultas, exames e medicamentos, restrições de funcionamento e rotatividade profissional (Lima et al., 2022). Assim, compreender o acesso exige considerar tanto a distância entre população e serviço quanto as condições efetivamente encontradas pelo usuário para obter atendimento.

> *Os resultados revelam aspectos que interferem na acessibilidade das pessoas aos serviços: deficiências na estrutura das unidades de saúde; no acesso a tecnologias de informação pelos profissionais; pouca disponibilidade de imunobiológicos e testes diagnósticos; e indicativos de problemas no processo de trabalho das equipes. A maioria dos municípios brasileiros de pequeno porte não dispõe de serviços dos outros níveis de atenção em seu território, inclusive aqueles localizados em áreas remotas e de difícil acesso encontram dificuldade para fixação de profissionais e outras carências de infraestrutura. (Soares et al., 2024, p. 1).*

Sob a perspectiva da equidade, essas diferenças tornam-se ainda mais relevantes. Os municípios rurais brasileiros apresentam configurações socioespaciais heterogêneas e diferentes relações de distância com os centros de referência, exigindo políticas capazes de responder às particularidades territoriais. Nesse contexto, estratégias como transporte sanitário e organização regional dos serviços podem contribuir para enfrentar barreiras decorrentes das distâncias (Bousquat et al., 2022).

Uma oferta formalmente semelhante, portanto, não significa necessariamente condições iguais de acesso. Em territórios caracterizados por dispersão populacional e grandes distâncias, uma organização uniforme dos serviços pode produzir efeitos distintos sobre as populações. Estudos realizados em municípios rurais remotos identificaram falhas de cobertura justamente em áreas mais rarefeitas e distantes, reforçando a necessidade de considerar características territoriais e sociais na organização da APS (Fausto et al., 2023).

Embora as comunidades rurais de Canoinhas apresentem particularidades próprias, essa literatura oferece elementos importantes para compreender a relação entre território e acesso. Nesse sentido, Fausto et al. (2023) destacam:

> *As limitações técnicas e financeiras que restringem o acesso à APS em áreas mais distantes e rarefeitas dos MRR são argumentos contundentes para a definição de políticas direcionadas a contextos tão singulares. As características do acesso geográfico não podem justificar o não acesso à saúde (Fausto et al., 2023, p. 11).*

Quanto maior a distância entre o usuário e o ponto de atenção, maior pode ser a influência das condições de deslocamento sobre a utilização dos serviços. Não se trata de pressupor que toda população rural tenha menor acesso, mas de reconhecer que determinadas características territoriais podem ampliar barreiras quando os serviços se encontram distantes dos locais de residência.

Essas dificuldades podem repercutir também na continuidade do cuidado. A APS envolve ações que frequentemente exigem contatos

sucessivos, como acompanhamento de condições crônicas, vacinação, prevenção e monitoramento de tratamentos. Barreiras recorrentes de deslocamento podem, portanto, dificultar não apenas atendimentos pontuais, mas também a manutenção do acompanhamento ao longo do tempo. Essa relação encontra respaldo em revisão sobre a atenção básica em áreas rurais, que identificou simultaneamente necessidades relacionadas às doenças crônicas e dificuldades de acesso associadas às grandes distâncias, incompatibilidade de horários e falta de transporte (Jesus et al., 2024).

Nesse contexto, a proximidade territorial pode favorecer contatos regulares entre equipes e comunidades, enquanto alterações na disponibilidade local dos serviços podem introduzir novas barreiras à trajetória assistencial. Essa relação, contudo, deve ser analisada com cautela. Conforme Jesus et al. (2024):

> *A falta de transportes regulares para garantir a locomoção da equipe até as unidades, da população até as unidades e das equipes até a residência da população adscrita no território, limitam a realização das práticas de cuidado à saúde, a continuidade da assistência e a construção do vínculo entre equipe e comunidade (Jesus et al., 2024, p. 8).*

A literatura não permite afirmar que o fechamento de uma unidade provoque, necessariamente, interrupção de tratamentos, mas sustenta que distância, transporte, disponibilidade e organização dos serviços são fatores capazes de interferir no acesso e na continuidade do cuidado.

Essa distinção é importante para a análise do caso de Canoinhas, pois serão as percepções dos profissionais participantes que permitirão compreender as repercussões atribuídas ao fechamento e à posterior reabertura das unidades rurais. A literatura servirá como fundamento para interpretar e discutir os resultados empíricos, sem substituir aquilo que foi efetivamente identificado na pesquisa.

Desse modo, acesso, equidade e continuidade do cuidado constituem dimensões interdependentes na atenção à saúde das populações rurais. Uma APS territorialmente adequada pode reduzir obstáculos ao primeiro contato e favorecer a manutenção do acompanhamento, enquanto barreiras geográficas e organizacionais podem assumir maior peso para populações que dependem de deslocamentos mais extensos. Pensar a equidade, nesse contexto, implica reconhecer essas diferenças e organizar os serviços de acordo com as necessidades concretas de cada território.

2.3. Participação Social e Protagonismo Comunitário na Atenção Primária à Saúde

A participação social constitui dimensão relevante do Sistema Único de Saúde (SUS) e assume importância particular na Atenção Primária à Saúde (APS), pela proximidade entre equipes, usuários e comunidades. Além dos espaços institucionalizados, pode ocorrer por meio da mobilização coletiva, do diálogo com os serviços e do envolvimento da população na identificação de necessidades e na defesa do direito à saúde.

Na APS, os processos participativos podem fortalecer as relações entre usuários, trabalhadores e gestores, contribuir para o cuidado integral e a equidade e ampliar a participação comunitária na

gestão das políticas de saúde. A revisão realizada por Araujo, André e Cruz (2023) evidencia ainda que essas práticas favorecem o conhecimento do território e de suas necessidades, aproximando a organização dos serviços das condições vivenciadas pelas comunidades.

Essa participação não se restringe aos mecanismos formais de representação. Experiências desenvolvidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família demonstram a existência de diferentes formas de envolvimento comunitário, incluindo Conselhos Locais de Saúde, parcerias com outros setores e práticas construídas no cotidiano dos serviços. Nesse processo, as próprias equipes podem estimular o envolvimento da população e favorecer a expressão das demandas locais (Buziquia et al., 2024).

Em comunidades rurais, essa aproximação torna-se especialmente relevante, pois dificuldades relacionadas às distâncias, ao transporte e ao acesso aos serviços são vivenciadas diretamente pela população. A participação social pode, assim, contribuir para tornar essas necessidades mais visíveis nos processos de planejamento e decisão. Isso não significa que toda mobilização produza mudanças administrativas, mas reconhece sua capacidade de aproximar as demandas territoriais da gestão dos serviços.

Essa relação também se articula à equidade. Ao possibilitar maior visibilidade às necessidades de populações submetidas a diferentes barreiras de acesso, a participação pode contribuir para que as particularidades territoriais sejam consideradas na organização da atenção e na formulação de respostas mais adequadas às comunidades (Araujo; André; Cruz, 2023).

No caso de Canoinhas, essa fundamentação permite compreender a participação social para além de um princípio institucional do SUS, relacionando-a à mobilização da comunidade diante da reorganização dos serviços rurais. A análise dos dados permite identificar como os profissionais perceberam a atuação comunitária no processo de reabertura das unidades, articulando essa experiência às discussões sobre território, acesso e participação social.

2.4. Trabalho Interprofissional e Organização do Processo de Trabalho na Atenção Primária à Saúde

A organização do processo de trabalho é essencial para o funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS), cuja complexidade exige articulação entre profissionais de diferentes áreas. O trabalho interprofissional pressupõe comunicação, compartilhamento de informações, planejamento e responsabilidades comuns, favorecendo respostas integradas às necessidades identificadas no território.

A colaboração entre profissionais depende, contudo, de condições que favoreçam sua realização. Espaços de comunicação, reuniões de equipe, interação entre trabalhadores, liderança, autonomia e participação nas decisões estão entre os elementos que influenciam o trabalho interprofissional na APS (Kanno et al., 2023). Assim, a integração das práticas não ocorre automaticamente, mas depende também da forma como o processo de trabalho é organizado. Conforme Kanno et al. (2023), ao abordarem as condições necessárias à colaboração no âmbito das Equipes de Saúde da Família (EqSF):

> *As ações para aprimorar a implementação e a sustentabilidade da colaboração interprofissional na APS incluem: [...] garantir espaços efetivos de interação e comunicação, formal e informal, sobretudo em reunião de equipe, para lidar com a complexidade dos casos e as demandas de acordo com a vulnerabilidade da área da EqSF. (Kanno et al., 2023, p. 11)*

Essa perspectiva é reforçada por estudos que demonstram que, embora a colaboração seja valorizada pelos profissionais, sua concretização pode ser dificultada pela ausência de tempo e de espaços destinados às reuniões e à interação entre os integrantes das equipes (Ribeiro et al., 2022). Mudanças na organização dos serviços podem, portanto, exigir adaptações nas rotinas, nos fluxos assistenciais, na divisão de tarefas e nas formas de comunicação entre os trabalhadores.

Nos territórios rurais, essas questões assumem características específicas. Problemas estruturais e relacionados ao processo de trabalho podem interferir nas condições de oferta e acessibilidade da APS (Soares et al., 2024). Além disso, extensão territorial, dispersão populacional, cobertura assistencial e disponibilidade de profissionais constituem desafios para a organização dos serviços em áreas rurais (Fausto et al., 2023).

Nesse contexto, território e processo de trabalho estão diretamente relacionados. A distribuição das comunidades, as distâncias e a localização dos serviços podem influenciar a organização das atividades e o acompanhamento dos usuários. Isso não permite afirmar previamente que o fechamento de uma unidade provoque desarticulação das equipes, mas demonstra que mudanças na

configuração dos serviços podem exigir reorganizações capazes de repercutir sobre sua dinâmica de trabalho.

Desse modo, território, acesso e organização do trabalho constituem dimensões articuladas na APS. As características territoriais influenciam as condições de oferta dos serviços, enquanto a comunicação e a colaboração interprofissional contribuem para a capacidade das equipes de responder às necessidades da população. Essa fundamentação oferece subsídios para compreender, no caso de Canoinhas, como os profissionais perceberam as repercussões do fechamento e da posterior reabertura das unidades rurais sobre a articulação das equipes e a organização de suas práticas.

A literatura analisada demonstra que os principais eixos discutidos neste estudo território, acesso, participação social, continuidade do cuidado e organização do trabalho estão fortemente inter-relacionados no contexto da Atenção Primária à Saúde. Os estudos selecionados contribuem, sob diferentes perspectivas, para compreender como características territoriais, barreiras de deslocamento, formas de participação comunitária e condições de trabalho das equipes podem interferir na oferta e na utilização dos serviços em áreas rurais. A síntese apresentada a seguir reúne as principais contribuições desses autores para a fundamentação da pesquisa.

Quadro 1. Síntese dos estudos utilizados na fundamentação teórica

Autor/ano	Foco do estudo	Contribuição para esta pesquisa

Bousquat et al. (2022)	Território e ruralidade	Evidencia heterogeneidade territorial e necessidade de políticas ajustadas às realidades rurais.
Lima et al. (2022)	Barreiras de acesso à APS rural	Destaca distância, deslocamento, transporte e condições das vias como barreiras ao acesso.
Fausto et al. (2022)	APS em territórios rurais remotos	Discute desafios territoriais e estratégias para sustentabilidade da APS.
Fausto et al. (2023)	Organização e acesso à APS rural	Relaciona dispersão populacional e longas distâncias à organização e ao acesso aos serviços.
Kanno et al. (2023)	Colaboração interprofissional	Evidencia a importância da comunicação, reuniões e condições organizacionais para o trabalho colaborativo.
Araujo, André e Cruz (2023)	Participação social	Relaciona participação comunitária, gestão, equidade e direito à saúde.
Soares et al. (2024)	Acessibilidade à APS rural	Demonstra a influência de fatores estruturais e organizacionais sobre a acessibilidade.
Jesus et al. (2024)	APS em áreas rurais	Discute barreiras territoriais, transporte, continuidade da assistência e necessidades rurais.
Buziquia et al. (2024)	Participação social na APS	Evidencia diferentes formas de participação comunitária e sua relação com os territórios.
Ribeiro et al. (2022)	Interprofissionalidade na APS	Discute limites organizacionais à colaboração e à integração das equipes.

A síntese evidencia que, embora os estudos abordem diferentes dimensões da APS, há convergência quanto à importância de

considerar as especificidades territoriais na organização dos serviços. Distância, transporte, acessibilidade, participação da comunidade e articulação das equipes aparecem como elementos capazes de influenciar a experiência de cuidado em contextos rurais. Esses referenciais fornecem, portanto, a base conceitual para a análise das percepções dos profissionais sobre o fechamento e a posterior reabertura das unidades rurais de Canoinhas, permitindo interpretar os achados empíricos à luz de evidências recentes da literatura.

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento e Cenário do Estudo

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem quali-quantitativa, desenvolvido no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Canoinhas, Santa Catarina, tendo como objeto de análise o processo de fechamento e posterior reabertura de unidades de saúde localizadas em comunidades rurais. A investigação foi orientada para a compreensão das percepções dos profissionais acerca das repercussões desse processo sobre o acesso da população aos serviços de saúde, a organização do trabalho, a articulação das equipes e a participação comunitária. Essa caracterização mantém o delineamento adotado no estudo que originou o resumo expandido aprovado.

A escolha do contexto rural relaciona-se às particularidades territoriais envolvidas na organização e utilização dos serviços de APS. Dessa forma, o estudo tomou o processo vivenciado no município como situação concreta para analisar como os profissionais perceberam as mudanças decorrentes da

reorganização territorial da assistência, especialmente durante o período de fechamento e após a reabertura das unidades.

3.2. Participantes

Participaram da pesquisa 23 profissionais da rede municipal de saúde que acompanharam diretamente o processo de fechamento e posterior reabertura das unidades rurais.

Para caracterização dos participantes, o instrumento contemplou variáveis sociodemográficas e profissionais, incluindo faixa etária, sexo, formação, categoria profissional e tempo de atuação na Atenção Primária/SUS. O questionário apresentou cinco intervalos para o tempo de atuação — de 1 a 3 anos, de 3 a 5 anos, de 5 a 7 anos, de 7 a 9 anos e acima de 9 anos.

A caracterização do grupo contextualiza as percepções apresentadas nos resultados, considerando que se trata da perspectiva de profissionais vinculados à realidade investigada e não de uma avaliação realizada diretamente com os usuários das comunidades rurais.

3.3. Instrumento e Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário estruturado, composto por questões destinadas à caracterização dos participantes, afirmações avaliadas mediante escala do tipo Likert de cinco pontos e questão aberta destinada ao registro das percepções dos participantes. O instrumento possibilitou reunir informações quantitativas sobre a frequência das respostas e dados qualitativos referentes aos significados atribuídos pelos profissionais à experiência analisada.

Nas questões em escala Likert, foram utilizadas as alternativas “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Neutro”, “Concordo” e “Concordo totalmente”. Entre as dimensões investigadas estavam o aumento do deslocamento dos usuários decorrente do fechamento das unidades, a percepção de maior prejuízo às populações rurais e as repercussões sobre a articulação entre os profissionais.

Também foram investigadas a percepção sobre o papel da mobilização comunitária na reabertura das unidades, as possíveis melhorias na organização do trabalho após a retomada dos serviços e o comprometimento do acesso da população durante o período de fechamento. Ao final, uma questão discursiva solicitou aos participantes que descrevessem os principais impactos do fechamento das unidades tanto para a população quanto para o trabalho das equipes.

A combinação de questões fechadas e abertas foi utilizada para permitir uma leitura complementar do fenômeno: enquanto as respostas em escala possibilitaram identificar a distribuição das percepções entre os participantes, a questão discursiva permitiu explorar aspectos da experiência que não poderiam ser suficientemente compreendidos apenas por meio das frequências numéricas.

3.4. Tratamento e Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas e relativas para a caracterização dos participantes e das respostas às questões objetivas. Considerando o total de 23 respondentes, os resultados foram apresentados em números absolutos (n) e percentuais (%),

possibilitando identificar a distribuição das percepções acerca das diferentes dimensões investigadas.

Para os indicadores sintéticos de concordância, foram agrupadas as respostas ‘Concordo’ e ‘Concordo totalmente’, conforme explicitado nas respectivas tabelas. Esse procedimento evita que os percentuais de concordância sejam interpretados como provenientes de uma única categoria de resposta.

As respostas discursivas foram submetidas à análise temática, buscando identificar núcleos recorrentes de significado relacionados à experiência descrita pelos participantes. A análise quantitativa no estudo permitiu organizar os relatos em quatro categorias predominantes: (1) dificuldades de acesso aos serviços associadas ao aumento das distâncias; (2) sobrecarga das unidades urbanas; (3) prejuízos à continuidade do cuidado; e (4) fortalecimento da Atenção Primária após a reabertura das unidades.

Na apresentação dos resultados qualitativos, essas categorias foram descritas e ilustradas, quando pertinente, por excertos das respostas discursivas, preservando-se o anonimato dos participantes. A análise qualitativa será utilizada de forma complementar aos dados quantitativos, permitindo verificar de que maneira as experiências relatadas ajudam a compreender os padrões identificados nas questões estruturadas.

3.5. Aspectos Éticos

A participação ocorreu mediante apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) incorporado ao próprio instrumento de coleta. O documento informava aos participantes a finalidade acadêmica e científica da pesquisa, o caráter voluntário da

participação, a possibilidade de desistência a qualquer momento e a garantia de anonimato e confidencialidade das informações. O tempo estimado para preenchimento do questionário foi de aproximadamente três minutos.

O TCLE também estabeleceu que os dados seriam utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, com observância da legislação vigente, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) e os princípios éticos aplicáveis às pesquisas com seres humanos. A concordância com a participação era registrada pelo próprio respondente antes do acesso às demais questões do instrumento.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização dos Participantes

Participaram do estudo 23 profissionais da rede municipal de saúde de Canoinhas (SC) que acompanharam o processo de fechamento e posterior reabertura das unidades de saúde localizadas em comunidades rurais, conforme definido no delineamento da pesquisa. A caracterização dos participantes considerou sexo, faixa etária, formação, categoria profissional e tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde/SUS, variáveis previstas no instrumento aplicado.

A análise do perfil demonstrou predomínio do sexo feminino, correspondente a 82,6% dos participantes (n=19). Em relação à idade, a faixa etária de 21 a 30 anos apresentou a maior frequência, representando 39,1% da amostra (n=9). Esses resultados caracterizam um grupo majoritariamente feminino e com presença expressiva de profissionais adultos jovens.

Quanto à situação profissional, 73,9% (n=17) dos respondentes declararam-se servidores públicos, constituindo a categoria predominante entre os participantes. Esse dado é relevante para a contextualização da amostra, uma vez que grande parte dos respondentes mantinha vínculo direto com o serviço público e, consequentemente, com a organização da rede municipal de saúde investigada.

O tempo de atuação na Atenção Primária/SUS também apresentou concentração em uma das categorias avaliadas: 65,2% dos profissionais (n=15) possuíam entre um e três anos de atuação. O instrumento previa ainda os intervalos de três a cinco, cinco a sete, sete a nove e acima de nove anos de experiência no serviço. A predominância de profissionais com até três anos de atuação indica que parcela expressiva dos participantes apresentava experiência relativamente recente na APS, embora inserida diretamente no contexto municipal analisado.

Para melhor visualização, os principais dados de caracterização podem ser apresentados conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Principais características dos participantes da pesquisa (n=23)

Característica	Categoria predominante	n	%
Sexo	Feminino	19	82,6
Faixa etária	21 a 30 anos	9	39,1
Vínculo profissional	Servidor público	17	73,9

Tempo de atuação na APS/SUS	1 a 3 anos	15	65,2

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

O perfil identificado também precisa ser interpretado com cautela. A predominância de uma determinada faixa etária, sexo ou tempo de atuação não permite, isoladamente, estabelecer relações causais com as opiniões expressas no questionário. Essas variáveis cumprem, nesta pesquisa, principalmente a função de caracterizar o grupo responsável pelas percepções analisadas nas seções seguintes.

Outro aspecto importante é que os dados retratam a percepção dos profissionais participantes, e não uma avaliação realizada diretamente com moradores das comunidades rurais. Essa distinção será mantida em toda a apresentação dos resultados, especialmente quando forem descritas repercussões sobre acesso, deslocamento e continuidade do cuidado: trata-se daquilo que os profissionais observaram ou perceberam no contexto de sua atuação.

A partir dessa caracterização, os resultados seguintes passam a examinar especificamente as percepções dos participantes sobre as consequências do fechamento das unidades rurais. O questionário investigou aumento do deslocamento, comprometimento do acesso, maior impacto sobre a população rural e repercussões na articulação profissional, além de aspectos relacionados à mobilização comunitária e à reabertura das unidades.

4.2. Impactos do Fechamento das Unidades Sobre o Acesso e o Deslocamento da População

Os resultados evidenciaram elevada convergência entre os profissionais quanto aos efeitos do fechamento das unidades de saúde rurais sobre o acesso da população. As questões do instrumento investigaram especificamente o aumento do deslocamento dos usuários, o comprometimento do acesso aos serviços e a percepção de que as populações rurais teriam sido mais prejudicadas do que as populações urbanas.

Em relação ao deslocamento, 100% dos participantes (n=23) concordaram que o fechamento das unidades aumentou a necessidade de deslocamento dos usuários para acessar os serviços de saúde. O resultado demonstra unanimidade entre os profissionais quanto à existência de repercussão territorial decorrente da retirada temporária do atendimento das comunidades rurais.

Também houve concordância de 100% (n=23) quanto à afirmação de que o fechamento das unidades comprometeu o acesso da população aos serviços de saúde. Esse resultado apresenta-se diretamente relacionado ao aumento do deslocamento, embora represente uma dimensão distinta: enquanto uma variável identifica a necessidade de percorrer maiores distâncias, a outra expressa a percepção dos profissionais sobre a própria possibilidade de utilização dos serviços.

A terceira questão apresentou resultado igualmente expressivo. Todos os 23 participantes (100%) consideraram que as populações rurais foram mais prejudicadas do que as populações urbanas durante o período de fechamento. Assim, as três variáveis relacionadas ao acesso e ao território apresentaram concordância integral entre os profissionais participantes.

Tabela 2. Percepções dos profissionais sobre acesso e deslocamento após o fechamento das unidades rurais (n=23)

Variável investigada	Concordância * n	Concordância * %
O fechamento aumentou o deslocamento dos usuários	23	100,0
O fechamento comprometeu o acesso aos serviços de saúde	23	100,0
As populações rurais foram mais prejudicadas que as urbanas	23	100,0

*Concordância corresponde ao agrupamento das respostas “Concordo” e “Concordo totalmente”.
Fonte: Dados da pesquisa (2026).

A apresentação conjunta desses resultados permite observar que a percepção do impacto não ficou restrita a apenas uma dimensão do acesso. Os profissionais identificaram simultaneamente maior necessidade de deslocamento, comprometimento da utilização dos serviços e desigualdade dos efeitos entre os territórios rural e urbano.

As respostas discursivas reforçaram esses achados quantitativos. Entre os relatos, foram mencionadas dificuldades relacionadas à distância, à ausência de meios de transporte e às condições necessárias para que moradores das comunidades rurais chegassem aos serviços localizados na área urbana. Um participante destacou que parte da população não possuía condições de se deslocar até a cidade e associou essa situação ao aumento da demanda nas unidades urbanas.

Outro relato enfatizou a importância da existência de atendimento no próprio interior, observando que a distância e a necessidade de deslocamentos repetidos poderiam contribuir para que usuários deixassem de procurar atendimento ou de manter tratamentos. Também foram registradas referências às condições das estradas e à sobrecarga das unidades urbanas, evidenciando que o deslocamento não foi descrito pelos participantes apenas em termos de distância geográfica, mas também de condições concretas de mobilidade.

A dimensão do acesso apareceu ainda associada a consequências percebidas no acompanhamento da população. Entre as respostas abertas, houve menções a desistência de tratamentos, dificuldade de atendimento na região central, atraso em carteiras de vacinação e realização de exames preventivos. Outro participante relacionou diretamente o fechamento ao aumento do risco à saúde em decorrência da dificuldade de locomoção e acompanhamento.

Esses relatos não devem ser interpretados como mensuração objetiva da ocorrência ou da frequência desses eventos entre todos os usuários das comunidades. Eles expressam as percepções dos profissionais participantes, constituindo o componente qualitativo da investigação. Entretanto, sua convergência com as respostas quantitativas amplia a compreensão sobre como o fechamento das unidades foi vivenciado no cotidiano dos serviços.

Os dados também apontaram repercussões sobre as unidades que permaneceram em funcionamento. Nas respostas discursivas, foram identificadas referências à maior demanda, ao aumento do tempo de espera e à sobrecarga dos serviços. Um participante descreveu “aumento no tempo de espera, nas faltas às consultas, sobrecarga

dos serviços", enquanto outro associou diretamente o fechamento à superlotação dos atendimentos nas unidades centrais.

Dessa maneira, os resultados indicam que, na percepção dos participantes, os efeitos territoriais do fechamento apresentaram duas direções complementares: de um lado, a população rural passou a enfrentar maiores dificuldades para chegar ao atendimento; de outro, parte da demanda foi direcionada às unidades urbanas, produzindo repercussões também sobre esses serviços.

4.3. Repercussões Sobre a Continuidade do Cuidado e a Organização do Trabalho

Além dos impactos relacionados ao acesso e ao deslocamento, os participantes também perceberam repercussões importantes sobre a continuidade do cuidado e sobre a dinâmica de trabalho das equipes. Entre as questões objetivas do instrumento, foi investigado se o fechamento das unidades dificultou a articulação entre os profissionais da equipe.

Nesse item, 82,6% dos participantes (n=19) concordaram que o fechamento das unidades rurais prejudicou a articulação entre os profissionais. O resultado demonstra que, para a maioria dos respondentes, a reorganização territorial dos serviços não repercutiu apenas sobre os usuários, mas também sobre a forma como as equipes se articulavam no cotidiano assistencial.

Esse achado é particularmente relevante porque a organização do trabalho na Atenção Primária envolve comunicação entre profissionais, acompanhamento compartilhado dos usuários e articulação de diferentes ações assistenciais. Assim, quando os

participantes indicam dificuldade na articulação da equipe, o dado sugere percepção de mudança na dinâmica de funcionamento dos serviços após o fechamento das unidades.

Tabela 3. Percepção dos profissionais sobre articulação das equipes após o fechamento das unidades rurais (n=23)

Variável investigada	Concordância * n	Concordância * %
O fechamento dificultou a articulação entre os profissionais da equipe	19	82,6

*Concordância corresponde ao agrupamento das respostas “Concordo” e “Concordo totalmente”.
Fonte: Dados da pesquisa (2026).

As respostas discursivas contribuíram para ampliar a compreensão desse resultado. Os participantes associaram o fechamento a situações como aumento da demanda nas unidades centrais, maior tempo de espera, faltas às consultas e sobrecarga dos serviços. Um dos relatos mencionou diretamente “aumento no tempo de espera, nas faltas às consultas, sobrecarga dos serviços”. Outro participante afirmou que o fechamento provocou superlotação dos atendimentos nas unidades centrais.

Esses depoimentos indicam que, na percepção dos profissionais, a transferência de parte da demanda das comunidades rurais para unidades localizadas na região urbana produziu repercussões também sobre a capacidade de organização desses serviços. Embora a pesquisa não tenha mensurado objetivamente aumento de filas, tempo médio de espera ou volume de atendimentos, os

relatos evidenciam que esses fenômenos foram percebidos pelos trabalhadores durante o período analisado.

A continuidade do cuidado também apareceu de maneira recorrente nas respostas abertas. Foram registrados relatos sobre desistência de tratamento, dificuldade de acesso ao atendimento central, atraso na vacinação e atraso na realização de exames preventivos. Em outra resposta, um participante associou o fechamento ao aumento do risco à saúde em razão da dificuldade de locomoção e de acompanhamento.

Essas percepções reforçam a presença de uma categoria qualitativa relacionada aos prejuízos à continuidade do cuidado, já identificada na análise temática do estudo. O resumo expandido registra especificamente menções a dificuldades no acompanhamento de pessoas com doenças crônicas, vacinação e ações preventivas, além de outras repercussões relacionadas ao seguimento assistencial.

Outro relato destacou que a existência de uma unidade no interior facilitava o acesso ao tratamento e ao fornecimento de medicamentos, enquanto a distância até a unidade central poderia levar alguns usuários a desistirem de procurar atendimento ou a terem dificuldade de retornar mais de uma vez ao serviço. Essa resposta evidencia como, na experiência relatada pelos profissionais, a continuidade do cuidado esteve associada à presença territorial do serviço e à possibilidade prática de retorno dos usuários.

Também foi mencionada a relação entre dificuldade de deslocamento e agravamento da condição de saúde. Um dos participantes relatou que a ausência de acesso facilitado às unidades do interior teria contribuído para maior adoecimento e,

simultaneamente, para aumento da demanda nas unidades da cidade.

É importante destacar que esses resultados se referem à percepção dos profissionais, e não a indicadores clínicos ou administrativos diretamente extraídos dos prontuários ou sistemas de informação. Assim, não é possível afirmar, a partir deste estudo, a magnitude objetiva de abandono de tratamentos, atrasos vacinais ou agravamentos de saúde. O que os dados permitem demonstrar é que essas repercussões foram percebidas de forma recorrente pelos participantes e emergiram de maneira consistente nas respostas discursivas.

A combinação entre os dados quantitativos e qualitativos permite, portanto, observar que o fechamento das unidades foi associado a dois conjuntos principais de repercussões: de um lado, dificuldades na articulação e organização do trabalho das equipes; de outro, riscos à continuidade do acompanhamento dos usuários, especialmente em situações que dependiam de contatos regulares com os serviços de saúde.

4.4. Participação Comunitária e Efeitos da Reabertura das Unidades

Os resultados relacionados ao processo de reabertura das unidades rurais evidenciaram duas dimensões centrais para a compreensão da experiência investigada: a participação da comunidade e as mudanças percebidas na organização do trabalho após a retomada dos serviços. O instrumento questionou diretamente os participantes sobre o papel da mobilização comunitária e sobre os efeitos da reabertura para as equipes.

Em relação à participação social, 82,6% dos profissionais (n=19) concordaram que a mobilização da comunidade foi decisiva para a reabertura das unidades de saúde rurais. O resultado demonstra que, na percepção da maioria dos participantes, a população não ocupou posição passiva diante do processo de reorganização dos serviços, sendo sua mobilização reconhecida como elemento relevante no processo que culminou na retomada dos atendimentos. O dado demonstra que 19 dos 23 profissionais atribuíram papel decisivo à mobilização da comunidade, evidenciando a importância da participação social no processo de reabertura das unidades de saúde rurais.

Quanto às repercussões da retomada dos serviços, 91,3% dos participantes (n=21) concordaram que a reabertura trouxe melhorias para a organização do trabalho das equipes. Trata-se do maior percentual de concordância entre os itens relacionados especificamente ao período posterior à reabertura, evidenciando percepção amplamente favorável dos profissionais quanto aos seus efeitos sobre a dinâmica de trabalho.

Tabela 4. Percepções sobre participação comunitária e reabertura das unidades rurais (n=23)

Variável investigada	Concordância* n	Concordância * %
A mobilização da comunidade foi decisiva para a reabertura das unidades	19	82,6
A reabertura trouxe melhorias para a organização do trabalho da equipe	21	91,3

*Concordância corresponde ao agrupamento das respostas “Concordo” e “Concordo totalmente”.
Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Os resultados referentes à reabertura apresentam relação com aspectos identificados nas respostas discursivas. Entre os participantes, a presença da unidade de saúde no território rural foi associada à maior possibilidade de realização e continuidade dos tratamentos. Um dos relatos destacou que a existência da UBS no interior era importante diante da dificuldade de parte da população em acessar uma unidade central, mencionando ainda que a distância poderia contribuir para a desistência do tratamento. O mesmo participante relacionou a unidade aberta e o fornecimento de medicamentos no próprio território à ampliação do acesso ao tratamento.

A importância atribuída à reabertura também se torna mais evidente quando contrastada com os problemas descritos durante o fechamento. Os profissionais relataram deslocamentos, condições inadequadas das estradas e sobrecarga das unidades urbanas. Também foram mencionados aumento do tempo de espera, faltas às consultas e sobrecarga dos serviços.

Nesse sentido, os dados quantitativos e qualitativos apresentam uma sequência coerente na percepção dos profissionais: o período de fechamento foi associado a dificuldades de acesso, deslocamento, continuidade do cuidado e organização dos serviços, enquanto a reabertura foi predominantemente percebida como uma mudança favorável para a organização do trabalho e para a presença da APS junto às comunidades rurais.

A análise temática realizada no estudo também identificou como uma das categorias predominantes o fortalecimento da Atenção Primária após a reabertura, relacionado à recuperação do vínculo com a comunidade, à melhoria da organização do trabalho e à ampliação do acesso aos serviços. Esses elementos complementam o resultado quantitativo de 91,3% de concordância sobre a melhoria na organização do trabalho.

Outro aspecto relevante é a relação entre os resultados obtidos antes e depois da reabertura. Enquanto 82,6% (n=19) perceberam que o fechamento dificultou a articulação entre os profissionais, 91,3% (n=21) reconheceram melhorias na organização do trabalho após a reabertura. Embora as duas perguntas avaliem dimensões próximas, elas não são exatamente inversas: a primeira aborda especificamente a articulação entre os profissionais, enquanto a segunda se refere de maneira mais ampla à organização do trabalho. Por essa razão, os percentuais não devem ser interpretados como medidas diretamente comparáveis de um mesmo fenômeno.

Da mesma forma, o percentual de 82,6% referente à mobilização comunitária possui natureza distinta dos indicadores relacionados à organização das equipes. Seu significado reside no reconhecimento, pelos profissionais, da atuação da própria comunidade no processo vivenciado. Assim, a experiência analisada reúne duas perspectivas complementares: uma relacionada às repercussões assistenciais e organizacionais da reabertura e outra relacionada à participação social no processo de reorganização dos serviços.

Em conjunto, os resultados mostram que a reabertura das unidades rurais foi percebida favoravelmente pela maioria dos profissionais e

que a mobilização comunitária foi reconhecida por parcela expressiva dos participantes como decisiva para esse processo.

4.5. Síntese dos Resultados Qualitativos

A análise das respostas discursivas permitiu complementar os resultados obtidos por meio das questões estruturadas. Os relatos foram organizados em quatro categorias temáticas predominantes: dificuldades de acesso decorrentes do aumento das distâncias; sobrecarga das unidades urbanas; prejuízos à continuidade do cuidado; e fortalecimento da APS após a reabertura das unidades rurais.

Tabela 5. Síntese das categorias temáticas identificadas nas respostas dos participantes

Categoria temática		Principais elementos identificados
Dificuldades de acesso e deslocamento		Aumento das distâncias; dificuldade de transporte; condições das estradas; dificuldade para chegar às unidades urbanas
Sobrecarga das unidades urbanas		Maior demanda; superlotação; aumento do tempo de espera; repercussões sobre os serviços que permaneceram em funcionamento
Prejuízos à continuidade do cuidado		Desistência ou dificuldade de manutenção de tratamentos; faltas às consultas; atraso vacinal; atraso de preventivos; dificuldade de acompanhamento

Fortalecimento da APS após a reabertura		Retomada da presença do serviço no território; recuperação do vínculo com a comunidade; melhoria da organização do trabalho; ampliação percebida do acesso

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

A primeira categoria, referente às dificuldades de acesso e deslocamento, apresentou forte correspondência com os resultados quantitativos, nos quais todos os participantes concordaram com o aumento do deslocamento e com o comprometimento do acesso. Nas respostas abertas, foram mencionadas dificuldades para chegar à cidade, ausência de condições adequadas de transporte e problemas relacionados às estradas.

A segunda categoria correspondeu à sobrecarga das unidades urbanas. Os participantes descreveram aumento da demanda nos serviços centrais, superlotação e maior tempo de espera, indicando que os efeitos percebidos do fechamento ultrapassaram os limites das comunidades diretamente afetadas e alcançaram unidades que passaram a receber parte dessa demanda.

A terceira categoria reuniu os prejuízos percebidos à continuidade do cuidado. Os relatos mencionaram desistência de tratamento, dificuldades de acompanhamento, faltas às consultas e atrasos em ações preventivas e vacinação. Um participante também relacionou a dificuldade de locomoção e acompanhamento ao aumento do risco à saúde.

Por fim, a quarta categoria evidenciou o fortalecimento da APS após a reabertura, especialmente pela retomada da proximidade entre

serviço e comunidade e pela percepção de melhoria na organização do trabalho. O relato que associa a presença da unidade no interior à maior possibilidade de acesso e manutenção dos tratamentos exemplifica essa dimensão.

A integração dos dois componentes da pesquisa revela, portanto, convergência entre os resultados quantitativos e qualitativos. Os percentuais elevados de concordância encontram correspondência nas experiências relatadas pelos profissionais, enquanto as respostas abertas acrescentam elementos que ajudam a compreender como os efeitos do fechamento e da reabertura foram percebidos no cotidiano dos serviços.

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que o fechamento e a posterior reabertura das unidades de saúde rurais de Canoinhas produziram efeitos percebidos em diferentes dimensões da Atenção Primária à Saúde, especialmente no acesso aos serviços, no deslocamento dos usuários, na continuidade do cuidado, na organização do processo de trabalho e na participação comunitária. A convergência observada entre os dados quantitativos e qualitativos reforça que essas dimensões não foram percebidas isoladamente pelos profissionais, mas como aspectos interdependentes de uma mesma reorganização territorial da assistência.

O primeiro achado de destaque foi a concordância de 100% dos participantes quanto ao aumento do deslocamento dos usuários após o fechamento das unidades rurais. O mesmo percentual foi observado para o comprometimento do acesso aos serviços e para a

percepção de que as populações rurais foram mais prejudicadas que as populações urbanas. Esses resultados demonstram forte consenso entre os profissionais acerca da relevância da localização territorial dos serviços para a população atendida.

Esse achado encontra respaldo em estudos recentes sobre acesso à APS em territórios rurais. Lima et al. (2022), em investigação realizada em municípios rurais remotos do Oeste do Pará, identificaram entre as principais barreiras geográficas as grandes distâncias, o tempo e o custo dos deslocamentos, além das condições inadequadas das vias e dos meios de transporte. Embora o contexto amazônico investigado pelos autores apresente características territoriais distintas da realidade de Canoinhas, o estudo contribui para demonstrar que distância e mobilidade constituem componentes relevantes para compreender o acesso à APS em populações rurais.

Da mesma forma, Fausto et al. (2023), ao analisarem 27 municípios rurais remotos brasileiros, destacam como características recorrentes desses territórios a dispersão populacional, as longas distâncias e o isolamento de determinadas comunidades, aspectos que condicionam tanto a organização quanto o acesso aos serviços de APS. No presente estudo, ainda que Canoinhas não possa ser equiparado aos municípios rurais remotos analisados por esses autores, a unanimidade dos participantes quanto ao aumento do deslocamento demonstra que a dimensão territorial também exerceu papel importante na experiência investigada.

Os relatos qualitativos tornam esse mecanismo particularmente evidente. Os profissionais mencionaram dificuldades para chegar à cidade, ausência de meios adequados de transporte, condições

desfavoráveis das estradas e necessidade de percorrer maiores distâncias. Também relacionaram essas dificuldades à desistência ou atraso na procura por atendimento.

Nesse sentido, o resultado de 100% de concordância quanto ao comprometimento do acesso sugere que a presença física da unidade no território rural possuía uma função que ultrapassava a simples disponibilidade administrativa de um ponto assistencial. Na percepção dos participantes, sua ausência alterou concretamente as condições necessárias para que os usuários chegassem ao serviço.

Soares et al. (2024), ao analisarem dados de 8.711 equipes de Saúde da Família de 2.940 municípios rurais brasileiros, demonstraram que a acessibilidade à APS depende tanto das condições estruturais das unidades quanto da organização do processo de trabalho. Essa perspectiva contribui para interpretar os resultados de Canoinhas porque evidencia que acesso não pode ser reduzido à existência formal de cobertura assistencial. A possibilidade real de utilização do serviço também depende da forma como ele é distribuído e organizado territorialmente.

A percepção unânime de que as populações rurais foram mais prejudicadas que as urbanas também coloca a equidade territorial no centro da discussão. Quando uma reorganização da rede aumenta proporcionalmente as dificuldades de um grupo que já precisa percorrer maiores distâncias, a consequência não ocorre de maneira uniforme entre os diferentes segmentos populacionais. Os resultados deste estudo sugerem justamente essa assimetria: uma mesma decisão organizacional foi percebida pelos profissionais como geradora de impacto mais intenso para quem residia nas áreas rurais.

Tal resultado reforça a necessidade de evitar abordagens homogêneas na organização da APS. As realidades rurais brasileiras apresentam grande diversidade e exigem planejamento compatível com características populacionais, geográficas e assistenciais específicas. Fausto et al. (2023) demonstram que as formas de organização da atenção variam conforme as condições socioespaciais dos territórios, enquanto os achados de Soares et al. (2024) mostram que deficiências estruturais e organizacionais ainda interferem na acessibilidade em municípios rurais brasileiros.

Outro resultado relevante foi a identificação de repercussões sobre a continuidade do cuidado. As respostas abertas mencionaram desistência de tratamentos, dificuldade para manter acompanhamento, faltas às consultas, vacinação em atraso e demora na realização de ações preventivas. Também foram registrados relatos que associaram dificuldade de locomoção e ausência de acompanhamento ao aumento do risco à saúde.

Essas manifestações qualitativas são coerentes com a natureza longitudinal da APS. Diversas ações dependem de contatos sucessivos entre usuários e serviços, especialmente no acompanhamento de condições crônicas, vacinação, prevenção e monitoramento periódico. Assim, barreiras territoriais que dificultam o primeiro contato também podem repercutir na capacidade de manter esses contatos ao longo do tempo.

É importante, entretanto, manter os limites interpretativos do estudo. Os dados não demonstram epidemiologicamente que o fechamento provocou aumento mensurável de abandono terapêutico, atraso vacinal ou agravamento clínico entre os moradores. Essas situações foram relatadas pelos profissionais e

devem ser entendidas como percepções decorrentes da experiência de trabalho. Essa distinção fortalece, e não enfraquece, a análise, pois evita atribuir aos dados uma capacidade causal que o desenho da pesquisa não possui.

A sobrecarga das unidades urbanas constituiu outro eixo recorrente das respostas. Os participantes descreveram maior demanda, aumento no tempo de espera, superlotação e repercussões sobre os serviços que permaneceram em funcionamento. Esses relatos sugerem que os efeitos percebidos da reorganização não permaneceram restritos às comunidades rurais, mas repercutiram também sobre outros pontos da rede.

Esse achado é particularmente relevante do ponto de vista do planejamento dos serviços. A retirada de um ponto assistencial não elimina necessariamente as necessidades de saúde de sua população de referência, na percepção dos participantes, parte dessa demanda foi direcionada a outros serviços disponíveis. Nesse cenário, a reorganização territorial pode modificar fluxos assistenciais, transferindo pressões de um ponto da rede para outro. Os relatos dos participantes de Canoinhas indicam que essa transferência foi percebida durante o período de fechamento.

5.1. Trabalho Interprofissional e Organização do Processo de Trabalho

A reorganização territorial também repercutiu, segundo os participantes, sobre o trabalho das equipes. 82,6% dos profissionais afirmaram que o fechamento dificultou a articulação entre os integrantes das equipes, indicando que a mudança na distribuição

dos serviços foi percebida como capaz de interferir nas relações de trabalho e nos mecanismos de coordenação existentes na APS.

Esse resultado encontra correspondência em estudos recentes sobre colaboração interprofissional. Kanno et al. (2023) identificaram que comunicação formal, reuniões de equipe, liderança, autonomia, interação entre profissionais e participação nas decisões constituem elementos relevantes para a colaboração interprofissional na APS. A colaboração, portanto, depende de condições organizacionais que permitam a construção compartilhada das práticas.

Ribeiro et al. (2022) também observaram que, embora os profissionais valorizem a colaboração, características do processo de trabalho podem limitar sua concretização, especialmente quando não há tempo ou organização suficiente para atividades compartilhadas e reuniões de equipe. À luz desses estudos, o resultado encontrado em Canoinhas pode ser compreendido como indicação de que alterações na organização territorial dos serviços também foram percebidas como alterações nas condições necessárias para a articulação cotidiana dos profissionais.

Não é possível afirmar, contudo, que o fechamento tenha produzido uma forma específica de desarticulação, uma vez que o questionário não mensurou dimensões como frequência de reuniões, comunicação entre categorias ou número de atividades compartilhadas antes e depois do processo. O dado demonstra que a maioria dos profissionais percebeu prejuízo à articulação da equipe, oferecendo um ponto de partida para investigações futuras com instrumentos mais específicos.

O movimento contrário aparece no período posterior à retomada dos serviços. 91,3% dos participantes avaliaram que a reabertura trouxe melhorias para a organização do trabalho das equipes. A elevada concordância sugere que a restituição do atendimento no território rural foi associada não somente à recuperação do acesso da população, mas também à reorganização das práticas profissionais.

Esse resultado adquire maior significado quando considerado conjuntamente com os achados anteriores. Se o fechamento foi associado a deslocamento, sobrecarga, dificuldades de continuidade e prejuízo à articulação entre os trabalhadores, a reabertura foi predominantemente percebida como capaz de favorecer novamente a organização assistencial. Não se trata de afirmar que a mera existência física de uma unidade garante bom funcionamento da APS, mas de reconhecer que, nesse contexto específico, sua presença territorial foi percebida pelos profissionais como parte relevante da organização do cuidado.

5.2. Participação Social e Protagonismo Comunitário

Outro achado central foi a percepção de que a mobilização comunitária teve papel decisivo na reabertura das unidades, posição manifestada por 82,6% dos participantes. Trata-se de resultado particularmente importante porque aproxima o fenômeno analisado de uma das dimensões estruturantes do SUS: a participação social.

Araujo, André e Cruz (2023), em revisão sistemática qualitativa envolvendo 88 estudos, identificaram que a participação social na APS pode contribuir para mudanças nas relações entre usuários,

trabalhadores e gestores, para a promoção da equidade, para a gestão das políticas de saúde e para o fortalecimento da compreensão da saúde como direito. Os autores também destacam o potencial da participação comunitária para ampliar o conhecimento do território e inserir demandas locais nos processos decisórios.

Buziquia et al. (2024), ao analisarem experiências participativas em serviços de Estratégia Saúde da Família no Sul do Brasil, identificaram tanto formas institucionalizadas de participação quanto práticas construídas no cotidiano dos territórios. O estudo demonstra que parcerias locais e atuação das próprias equipes podem favorecer maior envolvimento das comunidades na melhoria das condições de saúde.

Os resultados de Canoinhas dialogam diretamente com essa perspectiva. A percepção de que a mobilização da comunidade foi decisiva indica que os profissionais reconheceram a população como ator participante do processo de reorganização dos serviços. Em vez de aparecer apenas como destinatária das consequências do fechamento, a comunidade surge também como sujeito capaz de expressar demandas e interferir no debate sobre a presença da APS em seu território.

Novamente, é necessário cuidado para não transformar associação percebida em causalidade comprovada. O estudo não analisou documentos administrativos, atas de conselhos, decisões da gestão ou cronologia institucional suficiente para demonstrar que a mobilização foi a única ou principal causa formal da reabertura. O que pode ser afirmado com segurança é que 19 dos 23 profissionais atribuíram papel decisivo a essa mobilização. Esse resultado, por si

só, já evidencia a importância simbólica e política atribuída à participação comunitária na experiência investigada.

5.3. Integração dos Achados

Considerados em conjunto, os resultados apontam para uma relação estreita entre território, acesso, continuidade do cuidado, organização profissional e participação social. O fechamento das unidades foi percebido como aumento da distância entre população e serviço, intensificação de barreiras de acesso, repercussão sobre outros pontos da rede e dificuldade de articulação profissional. A reabertura, por sua vez, foi associada à melhoria da organização do trabalho e à retomada de condições mais favoráveis de acesso.

A própria análise qualitativa reforça essa integração. As quatro categorias identificadas, dificuldades de acesso, sobrecarga das unidades urbanas, prejuízos à continuidade do cuidado e fortalecimento da APS após a reabertura, não representam fenômenos independentes. Elas descrevem diferentes manifestações de uma mesma reorganização territorial dos serviços.

Os achados sugerem, portanto, que decisões relacionadas à distribuição física das unidades de APS precisam considerar efeitos que ultrapassam os limites administrativos da rede. Em territórios rurais, retirar ou restabelecer um ponto de atendimento pode modificar distâncias, fluxos populacionais, carga de trabalho de outras equipes e possibilidades de acompanhamento. Ao mesmo tempo, a experiência de Canoinhas mostra que a população pode participar ativamente desse processo, tornando visíveis necessidades que talvez não sejam plenamente captadas por análises exclusivamente administrativas.

A principal contribuição do estudo reside justamente nessa articulação. Em vez de examinar apenas acesso ou apenas organização das equipes, os dados demonstram como essas dimensões se relacionam no cotidiano da APS rural. A presença territorial do serviço aparece associada, na percepção dos profissionais, à possibilidade de produzir cuidado mais próximo da comunidade, manter acompanhamento e organizar o processo de trabalho de maneira mais compatível com as características locais.

Ao mesmo tempo, alguns limites precisam ser considerados na interpretação dos achados. O estudo foi realizado em um único município e com 23 participantes, todos profissionais vinculados à experiência investigada. Assim, os resultados não podem ser generalizados estatisticamente para todas as realidades rurais brasileiras. Além disso, foram analisadas percepções profissionais, sem inclusão direta de usuários, gestores ou indicadores administrativos e assistenciais capazes de mensurar objetivamente as mudanças ocorridas antes e depois da reabertura.

Essas limitações, porém, não anulam a relevância da experiência. Ao contrário, delimitam sua contribuição como análise situada de um processo concreto de reorganização da APS. Estudos futuros podem ampliar essa investigação por meio da inclusão das próprias comunidades rurais, análise de séries de produção assistencial, indicadores de vacinação e acompanhamento de condições crônicas, registros de demanda das unidades urbanas e documentação relacionada aos processos de mobilização e decisão administrativa.

Em síntese, os resultados de Canoinhas reforçam a compreensão de que o território importa para a efetividade da Atenção Primária à

Saúde. A organização da rede em comunidades rurais precisa considerar as condições reais de deslocamento, as desigualdades territoriais, a continuidade do cuidado, as condições de trabalho das equipes e a participação da população. A experiência analisada mostra que mudanças aparentemente relacionadas apenas à localização de serviços podem repercutir simultaneamente sobre usuários, trabalhadores e comunidades, fazendo da presença territorial da APS uma questão de acesso, equidade e organização do cuidado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitem concluir que o fechamento e a posterior reabertura de unidades de saúde rurais no município de Canoinhas produziram repercussões percebidas de forma expressiva pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Os achados mostram que o território não constitui apenas o espaço físico onde os serviços são ofertados, mas interfere diretamente nas possibilidades de acesso, na continuidade do cuidado, na organização do trabalho das equipes e na relação entre os serviços de saúde e as comunidades.

A percepção unânime dos participantes quanto ao aumento do deslocamento, ao comprometimento do acesso e ao maior prejuízo imposto às populações rurais demonstra que decisões relacionadas à distribuição territorial dos serviços podem produzir efeitos desiguais entre diferentes grupos populacionais. No contexto investigado, o fechamento das unidades foi associado a maior dificuldade de mobilidade, necessidade de deslocamento até áreas urbanas, sobrecarga de outros serviços e obstáculos à manutenção do acompanhamento em saúde.

Também foram identificadas repercussões sobre o processo de trabalho. A maioria dos participantes percebeu que o fechamento dificultou a articulação entre os profissionais, enquanto a reabertura foi amplamente associada à melhoria da organização das equipes. Esses resultados reforçam a compreensão de que a presença territorial da APS pode contribuir não apenas para aproximar usuários e serviços, mas também para favorecer a organização das práticas assistenciais e a continuidade do acompanhamento da população.

Outro aspecto de destaque foi a participação comunitária. A mobilização da população foi reconhecida pela maioria dos profissionais como decisiva para a reabertura das unidades, evidenciando que as comunidades podem assumir papel ativo na defesa de serviços considerados relevantes para suas necessidades. Esse achado reforça a importância de processos participativos capazes de aproximar população, trabalhadores e gestão na construção de respostas mais sensíveis às características do território.

As respostas discursivas complementaram os resultados quantitativos ao evidenciarem dificuldades de acesso, sobrecarga das unidades urbanas, prejuízos à continuidade do cuidado e fortalecimento da Atenção Primária após a reabertura. A convergência entre esses diferentes tipos de evidência fortalece a interpretação de que os efeitos percebidos pelos profissionais ultrapassaram a dimensão administrativa do fechamento das unidades e alcançaram aspectos assistenciais, organizacionais e sociais.

Como contribuição, o estudo oferece elementos para o planejamento e a gestão da Atenção Primária em territórios rurais, destacando a necessidade de considerar condições reais de deslocamento, especificidades populacionais, continuidade do cuidado, organização das equipes e participação social antes da adoção de medidas de reorganização da rede. Os resultados também indicam a importância de avaliações que incorporem a perspectiva dos profissionais diretamente envolvidos nos serviços.

Entre as limitações, destaca-se o fato de a pesquisa ter sido realizada em um único município, com 23 participantes e baseada nas percepções dos profissionais, sem inclusão direta de usuários, gestores ou indicadores assistenciais capazes de mensurar objetivamente os efeitos do fechamento e da reabertura. Dessa forma, os resultados não devem ser generalizados para todas as realidades rurais, mas compreendidos a partir do contexto específico investigado.

Pesquisas futuras podem ampliar a análise mediante a participação das próprias comunidades rurais, gestores e diferentes categorias profissionais, além da utilização de indicadores sobre produção assistencial, vacinação, acompanhamento de condições crônicas, demanda das unidades urbanas e registros relacionados à reorganização dos serviços. Essas estratégias podem contribuir para aprofundar a compreensão sobre os impactos das decisões territoriais na efetividade da APS.

Conclui-se, portanto, que território, acesso, participação social e trabalho interprofissional constituem dimensões interdependentes para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em comunidades rurais. A experiência analisada em Canoinhas

evidencia que a organização dos serviços deve considerar as necessidades concretas das populações e que a manutenção de respostas territorialmente adequadas pode contribuir para a promoção da equidade, da continuidade do cuidado e da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Maria Gabriela Medeiros Cunha de; ANDRÉ, Ayla Nóbrega; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro. Potencialidades da participação social no âmbito da Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. *Revista de Educação Popular*, Uberlândia, v. 22, n. 2, p. 277-301, 2023.

BOUSQUAT, Aylene; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; ALMEIDA, Patty Fidelis de; LIMA, Juliana Gagno; SEIDL, Helena; SOUSA, Amandia Braga Lima; GIOVANELLA, Ligia. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 56, art. 73, 2022. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056003914.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 ago. 2018.

BUZIQUIA, Sabrina Pontes; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; LOECK, Jardel Fischer; JUNGES, José Roque. Experiências de participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo qualitativo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 34, e34098, 2024. DOI: 10.1590/S0103-7331202434098pt.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; ALMEIDA, Patty Fidelis de; BOUSQUAT, Aylene; LIMA, Juliana Gagno; SANTOS, Adriano Maia dos; SEIDL, Helena; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; CABRAL, Lucas Manoel da Silva; GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 1, e220382pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220382pt.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Ligia; LIMA, Juliana Gagno; CABRAL, Lucas Manoel da Silva; SEIDL, Helena. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1605-1618, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022274.01112021.

JESUS, Hernandes Machado de; CORDEIRO, Gleice de Oliveira; PEREIRA, Midiã de Souza; COELHO, Thereza Christina Bahia. Revisão integrativa sobre a Atenção Básica à Saúde em áreas rurais: estratégias e desafios. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, Feira de Santana, v. 14, n. 4, e11498, 2024. DOI: 10.13102/rscdauefs.v14i4.11498.

KANNO, Natália de Paula; PEDUZZI, Marina; GERMANI, Ana Claudia Camargo Gonçalves; SOÁREZ, Patrícia Coelho de; SILVA, Andréa Tenório Correia da. A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, e00213322, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT213322.

LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Ligia; BOUSQUAT, Aylene; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MEDINA, Maria Guadalupe.

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. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs616.

RIBEIRO, Aridiane Alves; GIVIZIEZ, Christiane Ricaldoni; COIMBRA, Elânia Assis Rocha; SANTOS, Jeniffer Dayane Duarte dos; PONTES, Jhonatan Emanuel Maciel de; LUZ, Nina Franco; ROCHA, Rafael de Oliveira; COSTA, Webster Leonardo Guimarães da. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 26, e20210141, 2022. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141.

SOARES, Danielle de Jesus; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 142, e8945, 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241428945P.

---

[1] Mestranda do PPGDC da Unicentro Irati. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Mestrando do PPGDC da Unicentro Irati. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Prof. Dr. do PPGDC da Unicentro de Irati. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Prof. Dr. do PPGDC da Unicentro de Irati. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Doutorando do PPGDC da Unicentro Irati. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail