

Barreiras de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo da literatura nacional e internacional

Barriers to access to Primary Health Care Services: a scoping review of national and international literature

Barreras de acceso a los Servicios de Atención Primaria de Salud: una revisión de alcance de la literatura nacional e internacional

Antônio Diego Costa Bezerra¹ , Lucilane Maria Sales da Silva¹ , André Cardoso Tavares¹ , Cícera Jamille Caldas Rodrigues¹ ,
Rayssa Veras Camelo¹ , Bianca Damasceno Queiroz¹ , Cristina Albuquerque Douberin¹ 

¹Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Fortaleza (CE), Brasil.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o eixo estruturante de sistemas de saúde equitativos e resolutivos, sendo a principal porta de entrada do cuidado. Entretanto, barreiras de acesso comprometem sua efetividade em diferentes contextos. Este estudo realizou uma revisão de escopo com o objetivo de mapear as barreiras de acesso aos serviços de APS na literatura nacional e internacional. O protocolo metodológico seguiu as diretrizes do Joanna Briggs Institute e o *checklist* PRISMA-ScR, abrangendo buscas realizadas em 25 de julho de 2025 nas bases MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO, BDENF, Scopus, Web of Science, Embase, CINAHL e Google Scholar, além de literatura cinzenta. Foram incluídos estudos que abordaram barreiras relacionadas ao acesso de indivíduos ou populações à APS, sem restrição quanto ao ano de publicação ou idioma. Foram aceitas pesquisas primárias e secundárias, de caráter empírico, qualitativo, quantitativo ou de métodos mistos, de qualquer desenho metodológico. Ressalta-se que foram incluídos estudos realizados em contextos territoriais específicos, como áreas rurais, ribeirinhas e periféricas, desde que voltados à população geral. A síntese dos 13 estudos incluídos revelou sete categorias principais de barreiras: geográficas, organizacionais, financeiras, estruturais, socioculturais, comunicacionais e relacionais. Destacam-se dificuldades associadas ao transporte e à distância, escassez de profissionais, subfinanciamento, barreiras arquitetônicas, custos e desigualdades de gênero. O acesso à APS é multidimensional e depende de políticas integradas que articulem determinantes sociais, gestão intersetorial e fortalecimento da educação permanente, visando uma APS equitativa, acessível e coordenadora do cuidado.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Acessibilidade aos serviços de saúde; Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde.

Autor correspondente:

Antônio Diego Costa Bezerra
E-mail: diegocostamjc@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Editor associado:

Bruno Pereira Stelet

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 04/11/2025

Aprovado em: 13/08/2026

Como citar: Bezerra ADC, Silva LMS, Tavares AC, Rodrigues CJC, Camelo RV, Queiroz BD, et al. Barreiras de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo da literatura nacional e internacional. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2026;21(48):5087. [https://doi.org/10.5712/rbmfc21\(48\)5087](https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)5087)



ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) constitutes the structuring axis of equitable health systems with problem-solving capacity, serving as the main gateway to healthcare. However, barriers to access compromise its effectiveness in different contexts. This study conducted a scoping review aimed at mapping barriers to access to PHC services in the national and international literature. The methodological protocol followed the guidelines of the Joanna Briggs Institute and the PRISMA-ScR checklist, encompassing searches conducted on July 25, 2025, in the databases MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO, BDENF, Scopus, Web of Science, Embase, CINAHL, and Google Scholar, as well as gray literature. Studies addressing barriers related to individuals' or populations' access to PHC were included, with no restrictions regarding year of publication or language. Primary and secondary studies were accepted, whether empirical, qualitative, quantitative, or mixed methods, of any methodological design were accepted. It is noteworthy that studies conducted in specific territorial contexts, such as rural, riverside, and peripheral areas, were included, provided they focused on the general population. The synthesis of the 13 included studies revealed seven main categories of barriers: geographical, organizational, financial, structural, sociocultural, communicational, and relational. Difficulties related to transportation and distance, a shortage of professionals, underfunding, architectural barriers, costs, and gender inequalities stood out. Access to PHC is multidimensional and depends on integrated policies that articulate social determinants, intersectoral management, and the strengthening of continuing education, with the goal of achieving equitable, accessible, and PHC that coordinates care.

Keywords: Primary health care; Health services accessibility; Barriers to access of health services.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el eje estructurante de sistemas de salud equitativos y resolutivos, siendo la principal puerta de entrada a la atención. Sin embargo, las barreras de acceso comprometen su efectividad en diferentes contextos. Este estudio realizó una revisión de alcance con el objetivo de mapear las barreras de acceso a los servicios de APS en la literatura nacional e internacional. El protocolo metodológico siguió las directrices del Joanna Briggs Institute (JBI) y la lista de verificación PRISMA-ScR, abarcando búsquedas realizadas el 25 de julio de 2025 en las bases de datos MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO, BDENF, Scopus, Web of Science, Embase, CINAHL y Google Scholar, además de literatura gris. Se incluyeron estudios que abordaron barreras relacionadas con el acceso de individuos o poblaciones a la APS, sin restricción de año de publicación o idioma. Se aceptaron investigaciones primarias y secundarias, de carácter empírico, cualitativas, cuantitativas o de métodos mixtos, y de cualquier diseño metodológico. Cabe destacar que se incluyeron estudios realizados en contextos territoriales específicos, como áreas rurales, ribereñas y periféricas, siempre que estuvieran dirigidos a la población general. La síntesis de los 13 estudios incluidos reveló siete categorías principales de barreras: geográficas, organizacionales, financieras, estructurales, socioculturales, comunicacionales y relacionales. Se destacaron las dificultades asociadas al transporte y la distancia, la escasez de profesionales, la insuficiencia de financiamiento, las barreras arquitectónicas, los costos y las desigualdades de género. El acceso a la APS es multidimensional y depende de políticas integradas que articulen los determinantes sociales, la gestión intersectorial y el fortalecimiento de la educación permanente, con el fin de garantizar una APS equitativa, accesible y coordinadora del cuidado.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Accesibilidad a los servicios de salud; Barreras de acceso a los servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como eixo estruturante de sistemas de saúde equitativos, efetivos e custo-efetivos, atuando como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado. Os clássicos atributos (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, resolutividade e coordenação) são essenciais para conectar a população aos serviços. No entanto, a plena concretização desses atributos exige a superação de diversas barreiras de acesso, que se manifestam de maneiras distintas em diferentes contextos.^{1,2}

A Declaração de Astana³ reafirmou o compromisso global com uma APS robusta, orientada a uma cobertura universal e centrada nas pessoas, com foco na qualidade, disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade dos serviços. No entanto, o acesso essencial e oportuno aos cuidados de saúde ainda não é uma realidade para mais da metade da população mundial,^{4,5} conforme alertam relatórios recentes sobre retrocessos ou estagnação. Essa situação compromete os princípios de equidade e eficiência dos sistemas de saúde em nível internacional.

Conceitualmente, houve um avanço significativo: as tipologias superaram o foco exclusivo na oferta,⁶ incorporando agora as dimensões de capacidades dos usuários (perceber, buscar, alcançar, pagar, se engajar),⁷

referencial conceitual orientador desta revisão para análise das barreiras de acesso. Essa mudança é crucial, pois permite analisar não apenas a disponibilidade física dos serviços, mas todo o percurso do usuário, desde o reconhecimento de sua necessidade até a obtenção de um cuidado que seja apropriado e resolutivo.

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 reforça o papel da APS na coordenação do cuidado e na ordenação das Redes de Atenção à Saúde. Isso implica responsabilidades bem definidas, como garantir o acesso oportuno, a adesão de usuários e a integralidade das ações. Apesar dos avanços alcançados, notadamente impulsionados pela Estratégia Saúde da Família, a literatura nacional aponta para desafios que persistem. Entre eles, destacam-se: desigualdades regionais na distribuição de equipes, dificuldades na articulação entre níveis de atenção, filas e tempo de espera, limitações de transporte e custos indiretos, bem como barreiras simbólicas e comunicacionais, especialmente para populações vulnerabilizadas.⁸

Estudos internacionais demonstram a persistência de obstáculos no acesso à saúde, refletindo padrões consistentes: a acessibilidade continua sendo razão predominante para necessidades não atendidas;⁹ persistem problemas de disponibilidade geográfica em áreas rurais e periferias urbanas; barreiras organizacionais (como fragmentação, comunicação limitada entre profissionais, redes de referência/contrarreferência frágeis) comprometem a continuidade do cuidado; e barreiras de aceitabilidade, como discriminação, diversidade cultural ou linguística, afetam grupos minoritários, migrantes e idosos. Mesmo em sistemas universais, custos indiretos, horários incompatíveis e baixa responsividade cultural dificultam tanto o primeiro contato quanto a adesão continuada.^{5,10}

Apesar de amplamente reconhecidas, as barreiras de acesso à APS ainda são objeto de análises fragmentadas na literatura. Essas análises frequentemente se restringem a contextos específicos, populações isoladas ou dimensões particulares do acesso. Há, portanto, uma escassez de sínteses que, sob um referencial conceitual, consigam integrar evidências nacionais e internacionais. Tal síntese seria capaz de compreender o acesso como um fenômeno multidimensional, articulando tanto os fatores relacionados à oferta de serviços quanto as capacidades da população para acessar e utilizar o cuidado.

Nesse contexto, esta revisão de escopo buscou mapear as barreiras de acesso à APS descritas na literatura nacional e internacional, organizando-as em dimensões analíticas inter-relacionadas. Ao reunir evidências produzidas em diferentes contextos organizacionais e territoriais, esta revisão avança em relação às sínteses anteriores ao evidenciar como barreiras de acesso à APS se manifestam de forma distinta nos cenários de atuação da Medicina de Família e Comunidade (MFC). Diferentemente de revisões que abordam o acesso de forma predominantemente estrutural ou administrativa, o presente estudo evidencia que as barreiras à APS não se restringem à disponibilidade de serviços, mas também são produzidas nas relações estabelecidas ao longo do cuidado. Nesse contexto, a longitudinalidade, o vínculo entre profissionais e usuários e a coordenação assistencial desempenhada pelas equipes da MFC emergem como elementos centrais para favorecer a continuidade do cuidado, ampliar a confiança nos serviços e reduzir descontinuidades no percurso assistencial.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de uma revisão de escopo, conduzida com base na estrutura metodológica desenvolvida pelo Joanna Briggs Institute (JBI)¹¹ e nas recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic

reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).¹² A revisão foi registrada na plataforma Open Science Framework (osf.io/wqd4p) com o DOI: 10.17605/OSF.IO/2XFN9.

O estudo foi desenvolvido em cinco etapas, conforme a proposta de Arksey e O'Malley¹³ e a atualização metodológica do JBI:¹¹

- identificação da questão de pesquisa;
- levantamento dos estudos relevantes, garantindo amplitude e abrangência;
- seleção dos estudos conforme critérios predefinidos de inclusão e exclusão;
- mapeamento e extração dos dados;
- síntese e apresentação dos resultados.

Coleta de dados

A questão norteadora foi elaborada com base no mnemônico PCC (População, Conceito e Contexto), sendo definido como População: usuários dos serviços de saúde/população em geral; Conceito: barreiras de acesso (incluindo as de natureza geográfica, organizacional, financeira, estrutural, sociocultural, comunicacional e relacional); e Contexto: Atenção Primária à Saúde. Assim, estabeleceu-se a pergunta de pesquisa: "Quais são as barreiras que dificultam o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde?".

Para a construção da estratégia de busca, contou-se com o auxílio de bibliotecário especializado na área da saúde, de modo a garantir maior sensibilidade e refinamento dos descritores e termos livres empregados. As buscas foram realizadas no dia 25 de julho de 2025 nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus, Web of Science, Embase, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Google Scholar.

A estratégia de busca foi estruturada com base em descritores controlados dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), além do uso de linguagem natural e operadores booleanos AND e OR, de forma a garantir maior abrangência e recuperação dos estudos pertinentes. O Quadro 1 apresenta a definição dos elementos do PCC utilizados na formulação da pergunta de pesquisa e a estratégia de busca.

A estratégia de busca foi adaptada conforme as especificidades de indexação de cada base de dados. Os termos foram estruturados predominantemente em língua inglesa, considerando a maior sensibilidade de recuperação nas bases internacionais, sendo incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol. A busca complementar no Google Scholar empregou estratégia semelhante à utilizada nas demais bases. Foram analisados os 100 primeiros resultados ordenados por relevância, considerando a redução progressiva da pertinência dos estudos recuperados após as primeiras páginas do mecanismo de busca. Adicionalmente, procedeu-se à consulta de literatura cinzenta em documentos institucionais da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil, mas sem resultados. Não foi realizada busca manual nas listas de referências dos estudos incluídos.

Crítérios de seleção

Como critérios de inclusão, foram selecionadas publicações que abordavam barreiras de acesso aos serviços da APS, contemplando barreiras de natureza geográfica, organizacional, financeira, estrutural,

Quadro 1. Definição e aplicação dos elementos segundo o mnemônico PCC (População, Conceito e Contexto).

Elemento	Definição	Aplicação	Descritores DeCS/MeSH (controlados e alternativos)
P – População	Grupo-alvo ou contexto	Usuários dos serviços de saúde/População em geral/Pessoas	“service users” OR “general population” OR “people”
C – Conceito	Fenômeno de interesse	Barreiras de acesso	“access barriers” OR “barriers to access” OR “health care access” OR “primary health care access” OR “geographic barriers” OR “economic barriers” OR “cultural barriers” OR “organizational barriers” OR “social barriers”
C – Contexto	Situação ou serviço	Atenção Primária à Saúde	“primary health care” OR “basic health care” OR “primary care” OR “family health”
Resultado da estratégia	Combinação final dos descritores	Busca estruturada nas bases	(“access barriers” OR “barriers to access” OR “health care access” OR “primary health care access” OR “geographic barriers” OR “economic barriers” OR “cultural barriers” OR “organizational barriers” OR “social barriers”) AND (“primary health care” OR “basic health care” OR “primary care” OR “family health”) AND (“service users” OR “general population” OR “health needs”)

sociocultural, comunicacional e relacional, sem restrição quanto ao ano de publicação ou idioma. Foram aceitas pesquisas primárias e secundárias, de caráter empírico, qualitativo, quantitativo ou de métodos mistos, de qualquer desenho metodológico. Ressalta-se que foram incluídos estudos realizados em contextos territoriais específicos, como áreas rurais, ribeirinhas e periféricas, desde que voltados à população geral.

Foram excluídas publicações que tratassem exclusivamente de populações específicas ou grupos vulneráveis, como povos indígenas, migrantes, população em situação de rua, entre outros, uma vez que tais grupos apresentam barreiras próprias e singulares, o que configura limitações específicas de discussão dos achados ao objetivo desta revisão. Excluíram-se, ainda, cartas ao editor, editoriais, artigos incompletos, resumos em anais de eventos, protocolos de pesquisa ou estudos ainda sem resultados.

Após a busca, os resultados foram exportados para o gerenciador de referências Rayyan®, desenvolvido pelo Qatar Computing Research Institute, no qual foram realizadas a retirada de duplicidades, seleção e triagem dos estudos por dois revisores, de forma independente. As divergências foram solucionadas com a participação de um terceiro pesquisador. A primeira fase compreendeu a leitura de títulos e resumos, e os estudos que atenderam aos critérios de inclusão foram submetidos à segunda fase, com leitura dos textos completos.

O processo de busca resultou na identificação de 4.911 registros provenientes das bases bibliográficas, além de estudos adicionais recuperados no Google Scholar. Após a remoção de 1.304 registros duplicados, 3.607 estudos foram submetidos à triagem por título e resumo, dos quais 3.572 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Foram selecionados 35 estudos para leitura na íntegra, sendo três não recuperados. Assim, 32 artigos foram avaliados para elegibilidade, dos quais 19 foram excluídos por não responderem ao objetivo da revisão ou por abordarem populações específicas fora do escopo estabelecido. Ao final, 13 estudos compuseram a amostra final da revisão. O detalhamento do processo de seleção encontra-se apresentado na Figura 1.

Análise e tratamento dos dados

Na etapa 4, o mapeamento e a extração dos dados foram realizados com base no instrumento do JBI para revisões de escopo, contemplando informações como autor, periódico, país de origem,

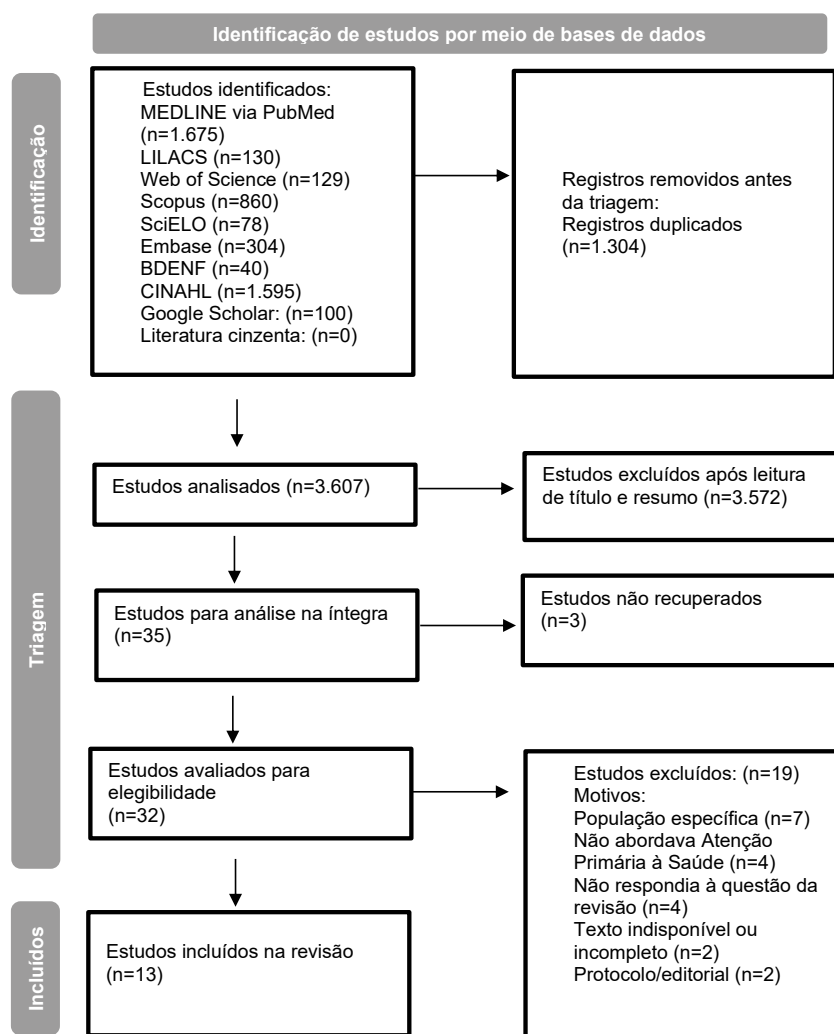


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos.

ano de publicação, objetivos, desenho metodológico, população/amostra, contexto do estudo, tipo de barreira relatada e principais resultados. Para a análise e o tratamento dos dados, utilizaram-se planilhas do Microsoft Excel®, nas quais dois revisores, de forma independente, procederam à extração das informações, posteriormente consolidadas por um terceiro revisor. As divergências foram discutidas até o consenso entre os autores.

Por se tratar de uma revisão de escopo, o estudo não envolveu participantes humanos diretamente e, portanto, não exigiu apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa; ainda assim, os dados da revisão, como estratégias de busca, planilhas de extração e lista de estudos excluídos após leitura na íntegra, estão disponíveis em Material Suplementar.

A interpretação conceitual do acesso considerou sua natureza multidimensional e o papel estruturante da Atenção Primária à Saúde na organização e utilização dos serviços de saúde.^{14,15}

RESULTADOS

Foram incluídos 13 estudos publicados entre 2013 e 2023 (Quadro 2), com predomínio de pesquisas desenvolvidas no Brasil, além de investigações conduzidas no Canadá, Paquistão, Nigéria e estudos

Quadro 2. Caracterização dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde.

Título	Autores	Revista / Ano	País	Objetivo	Desenho do estudo e amostra
Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde ¹⁶	Oliveira et al.	Cadernos de Saúde Pública / 2019	Brasil	Analisar barreiras de acesso em cinco regiões de saúde	Estudo descritivo qualitativo (entrevistas com gestores e profissionais)
The Complex Nature of Transportation as a Key Determinant of Health in Primary and Community Care Restructuring Initiatives in Rural Canada ¹⁷	Mirza e Hulko	Journal of Aging Studies / 2022	Canadá	Explorar a natureza complexa dos desafios de transporte enfrentados por idosos rurais no acesso à Atenção Primária à Saúde	Pesquisa qualitativa exploratória (83 idosos)
Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife ¹⁸	Lima et al.	Physis: Revista de Saúde Coletiva / 2015	Brasil	Analisar fatores que influenciam o acesso à Atenção Primária à Saúde em Recife, sob a ótica de profissionais e usuários	Estudo de caso com entrevistas semiestruturadas (46 informantes)
Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde ¹⁹	Santos et al.	Epidemiologia e Serviços de Saúde / 2020	Brasil	Analisar barreiras arquitetônicas e de comunicação nas Unidades Básicas de Saúde com base no Censo 2012	Estudo transversal (38.812 Unidades Básicas de Saúde em 5.511 municípios)
Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries ²⁰	Schoen et al.	Health Affairs / 2013	Estados Unidos e dez países	Destacar vulnerabilidade dos sem seguro e limites da cobertura	Pesquisa comparativa com usuários em diferentes países
Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil ²¹	Garnelo et al.	Saúde em Debate / 2018	Brasil	Identificar estratégias e limitações da Atenção Primária à Saúde em populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil	Estudo transversal com dados do PMAQ-AB
Trajetórias assistenciais de usuárias pela APS em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada ²²	Galvão et al.	Physis: Revista de Saúde Coletiva / 2019	Brasil	Avaliar acesso e organização da Atenção Primária à Saúde usando câncer do colo do útero como traçador	Estudo avaliativo qualitativo (26 trajetórias assistenciais)
Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família ²³	Chávez et al.	Escola Anna Nery / 2020	Brasil	Compreender acesso e acessibilidade na Estratégia de Saúde da Família sob perspectiva de profissionais e usuários	Teoria fundamentada nos dados e interacionismo simbólico (34 participantes)

Continua...

Quadro 2. Continuação.

Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência ²⁴	Viegas et al.	Saúde e Sociedade / 2015	Brasil	Analisar o acesso em uma Unidade Básica de Saúde de referência na RMBH	Estudo qualitativo-descriptivo com entrevistas e questionários (15 profissionais, 38 usuários)
Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012–2018) ²⁵	Sousa e Shimizu	Ciência & Saúde Coletiva / 2021	Brasil	Analisar o acesso à AB entre 2012–2018 considerando disponibilidade, estrutura e organização das Unidades Básicas de Saúde	Estudo descritivo, transversal e longitudinal com dados do PMAQ-AB (15.378 equipes; 59.354 usuários)
The long walk to universal health coverage: patterns of inequities in the use of primary healthcare services in Enugu, Southeast Nigeria ²⁶	Okoronkwo et al.	BMC Health Services Research / 2014	Nigéria	Analisar desigualdades no uso de serviços de Atenção Primária à Saúde rumo à cobertura universal de saúde	Estudo transversal (385 usuários adultos)
Factors affecting access to primary health care services in Pakistan: a gender-based analysis ²⁷	Panezai et al.	Development in Practice / 2017	Paquistão	Explorar fatores que afetam o acesso à Atenção Primária à Saúde com foco em gênero	Estudo transversal com dados secundários (302 usuários)
Barreiras de acessibilidade à atenção básica em assentamento em Pernambuco, Brasil, sob a ótica de camponesas, profissionais de saúde e gestão ²⁸	Ó et al.	Cadernos de Saúde Pública / 2022	Brasil	Evidenciar barreiras de acessibilidade à APS em um assentamento rural, sob perspectivas de camponeses, profissionais e gestores	Pesquisa qualitativa (16 participantes)

multicêntricos envolvendo diferentes países. Observou-se predominância de delineamentos qualitativos, descritivos e transversais, desenvolvidos em distintos contextos territoriais e organizacionais da APS, incluindo áreas rurais, ribeirinhas, periféricas e sistemas universais ou mistos de saúde.

O Quadro 3 apresenta a síntese dos artigos analisados, organizando as principais barreiras identificadas, seus tipos e as respectivas conclusões. Os estudos evidenciam barreiras de natureza geográfica, organizacional, financeira, estrutural, sociocultural, comunicacional e relacional, relacionadas a fatores como transporte, distância, escassez de profissionais, inadequações estruturais, custos diretos e indiretos, aspectos culturais e desigualdades de gênero.

Essas categorias foram interpretadas à luz do modelo conceitual de acesso adotado nesta revisão, o qual compreende o acesso como resultado da interação entre dimensões da oferta dos serviços de saúde e as capacidades da população de perceber a necessidade de cuidado, buscar os serviços, alcançá-los, arcar com os custos envolvidos e se engajar no processo terapêutico. Dessa forma, os achados evidenciam que as barreiras ao acesso à APS operam de maneira interdependente e multidimensional.

A análise dos estudos foi conduzida por meio de estratégia analítica combinada, articulando abordagem dedutiva e indutiva. Inicialmente, utilizou-se o modelo conceitual de acesso adotado na revisão como referencial teórico orientador da interpretação dos achados. Posteriormente, as categorias

Quadro 3. Síntese das principais barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde identificadas nos estudos incluídos.

Principais barreiras	Tipo de barreira	Conclusões
Transporte e mobilidade	Geográfica e social	O transporte é um determinante social da saúde em áreas rurais e urbanas
Transporte precário, distância, falta de profissionais, estrutura deficiente, alta demanda	Geográfica, organizacional e financeira	Necessidade de articulação intersetorial e fortalecimento da educação permanente
Distância, transporte, disponibilidade de pessoal, renda, horário, gênero	Organizacional, financeira e sociocultural	Mulheres acessam mais, mas barreiras de gênero e recursos limitam acesso geral
Subfinanciamento, falta de insumos, falta de médicos, tempo de espera, poucas visitas domiciliares	Estrutural, organizacional e relacional	Subfinanciamento gera barreiras estruturais e organizacionais inter-relacionadas
Estrutura física, obstáculos arquitetônicos, acolhimento, horários de funcionamento	Estrutural e organizacional	Melhorias ocorreram, mas persistem desigualdades e problemas recorrentes
Barreiras arquitetônicas e comunicacionais para idosos, deficientes e não alfabetizados	Estrutural e comunicacional	Necessidade de adequação das Unidades Básicas de Saúde para reduzir desigualdades
Falta de recursos, dificuldade em marcar consultas, escassez de médicos, barreiras culturais	Financeira, organizacional e relacional	Acesso é multidimensional; dimensão relacional é crucial
Transporte fluvial, distância, organização inadequada das Unidades Móveis Fluviais de Saúde	Geográfica e organizacional	Modelo urbano replicado em área rural não atende às especificidades
Transporte, tempo de deslocamento, falta de médicos, listas de espera, fluxos indefinidos	Geográfica e organizacional	Barreiras variam por região, mas indisponibilidade de médicos é recorrente
Elevada demanda, baixa resolatividade, falta de profissionais, lógica curativa	Organizacional e estrutural	Estratégia Saúde da Família ainda centrada no curativismo, com recursos insuficientes
Acesso a medicamentos, exames, educação em saúde, coordenação precária	Organizacional e estrutural	Atenção Primária à Saúde seletiva, fragmentada, com falhas na integração e coordenação do cuidado
Custos altos, dificuldades com seguros, desistência de cuidados	Financeira e organizacional	Ter seguro não garante acesso; custos e burocracia são barreiras importantes
Desigualdade de acesso, barreiras financeiras e organizacionais	Organizacional e financeira	Necessidade de reforma do sistema para alcançar Cobertura Universal de Saúde

de barreiras foram refinadas e organizadas a partir da leitura analítica dos estudos incluídos, permitindo a identificação de dimensões recorrentes relacionadas ao acesso à APS.

As barreiras organizacionais foram as mais recorrentes entre os estudos incluídos, aparecendo em diferentes contextos nacionais e internacionais associadas à escassez de profissionais, elevada demanda, dificuldades no agendamento de consultas, baixa resolatividade e fragilidade dos fluxos assistenciais. Esses achados indicam limitações importantes nos atributos de primeiro contato, longitudinalidade e coordenação da APS, especialmente em serviços marcados por subfinanciamento, fragmentação do cuidado e lógica centrada em demandas curativas. Estudos brasileiros desenvolvidos em assentamentos rurais, regiões de saúde e comunidades ribeirinhas demonstraram que a insuficiência de médicos, as listas de espera e a baixa integração entre os níveis assistenciais comprometem a continuidade do cuidado e ampliam desigualdades territoriais no acesso.

As barreiras geográficas também se mostraram centrais, sobretudo em áreas rurais, ribeirinhas e periferias urbanas, onde transporte precário, grandes distâncias e tempo de deslocamento dificultam

o alcance físico aos serviços de saúde. Nesses contextos, o acesso geográfico revelou-se diretamente relacionado à capacidade dos usuários de alcançar o cuidado, evidenciando que a simples existência de unidades de APS não garante utilização efetiva dos serviços. Já as barreiras financeiras foram mais evidentes em estudos realizados na Nigéria e nos Estados Unidos, nos quais os custos com consultas, medicamentos, seguros e deslocamentos limitaram a capacidade de pagamento e favoreceram a desistência ou o adiamento do cuidado, inclusive em sistemas com cobertura formal em saúde. Paralelamente, barreiras socioculturais, comunicacionais e relacionais, como discriminação, inadequação cultural, barreiras arquitetônicas e dificuldades de comunicação com idosos e pessoas não alfabetizadas, comprometeram atributos relacionados à aceitabilidade, ao vínculo e ao engajamento dos usuários, demonstrando que o acesso à APS envolve dimensões que extrapolam a disponibilidade física e organizacional dos serviços.

DISCUSSÃO

Em contraste com revisões focadas em barreiras específicas ou contextos nacionais isolados, este estudo integrou evidências de diversos sistemas de saúde, revelando a interdependência e o efeito cumulativo das barreiras de acesso. A estruturação dos achados em dimensões geográficas, organizacionais, financeiras, estruturais, socioculturais, comunicacionais e relacionais permitiu mapear como fatores territoriais, institucionais e sociais se combinam, gerando iniquidades no acesso à APS. Além disso, os resultados destacam que o território transcende sua função de mero espaço de distribuição de serviços, atuando como um fator que intensifica as desigualdades de acesso, particularmente em regiões de vulnerabilidade social, como periferias urbanas e áreas rurais.

Embora a APS seja reconhecida internacionalmente como o nível de atenção mais equitativo e custo-efetivo para melhoria das condições de saúde da população,^{14,15} os achados desta revisão demonstram que a efetivação do acesso permanece condicionada por múltiplos fatores estruturais, organizacionais e socioterritoriais que extrapolam a simples disponibilidade física de serviços. Entre as barreiras mais recorrentes identificadas nos estudos incluídos destacam-se aquelas de natureza organizacional e geográfica, particularmente relacionadas à indisponibilidade de profissionais, sobrecarga assistencial, longos tempos de espera, fragilidade dos fluxos de referência e contrarreferência, dificuldades de deslocamento e limitações na infraestrutura de transporte. Nesse sentido, os achados dialogam com formulações contemporâneas que ampliam a noção clássica de acesso para além da entrada inicial no sistema, compreendendo-o como processo contínuo, dinâmico e atravessado por desigualdades sociais e territoriais^{7,14}.

As barreiras geográficas demonstraram ser particularmente relevantes em estudos realizados em áreas rurais, ribeirinhas e periferias urbanas, o que salienta a influência direta da distribuição espacial dos serviços na utilização efetiva da APS. Estudos realizados no Canadá, Brasil e Paquistão demonstraram que distância física, precariedade do transporte e tempo de deslocamento operam como obstáculos persistentes mesmo em sistemas com cobertura formalmente estabelecida.^{16,17,21,27,28} Esses achados convergem com a literatura internacional que discute a produção de desigualdades em saúde decorrentes da organização territorial dos serviços e da concentração desigual da infraestrutura sanitária.^{16,17}

Os estudos analisados vão além da delimitação geográfica do território, demonstrando que o espaço é um fator de acesso ou exclusão. Isso ocorre porque a capacidade efetiva dos usuários de alcançar os serviços é moldada por fatores como condições de mobilidade, densidade populacional e organização

urbana. Essa dimensão espacial tem implicações diretas para a APS e para a MFC, impactando especialmente o atributo do primeiro contato e ressaltando a necessidade de um planejamento territorial que seja sensível às especificidades locais.

Em contraste, nos contextos urbanos, os estudos analisados destacaram a predominância de obstáculos de natureza organizacional. Estes incluem alta demanda, número insuficiente de profissionais, baixa capacidade de resolução de problemas, horários de funcionamento restritos e fragilidades na coordenação do cuidado.^{18,23-25} Tais achados sugerem que a simples expansão quantitativa da APS não é suficiente, por si só, para garantir acesso oportuno e continuidade do cuidado, especialmente quando persistem limitações na capacidade de organização tanto das equipes quanto das redes de assistência.

Pesquisas brasileiras demonstraram que fatores como listas de espera longas, dificuldade de agendamento e rotatividade de profissionais comprometem atributos essenciais da APS, como longitudinalidade, coordenação e integralidade do cuidado.^{18,22-25} Em sintonia com estudos internacionais,^{18,25,28} os resultados desta revisão apontam que sistemas de saúde com subfinanciamento crônico tendem a gerar fragmentação da assistência e baixa capacidade de resposta organizacional. Tal cenário limita a atuação da APS como coordenadora das redes de atenção. Portanto, a discussão sobre o acesso à saúde deve considerar, intrinsecamente, as condições de trabalho, a gestão dos serviços e a sustentabilidade do financiamento dos modelos de atenção primária.

As barreiras financeiras mostraram-se menos frequentes nos estudos desenvolvidos em sistemas universais consolidados, porém permaneceram relevantes mesmo nesses cenários, sobretudo quando associadas a custos indiretos, como transporte, medicamentos e perda de renda decorrente do deslocamento ou do tempo de espera.^{20,26,29} Em países com cobertura parcial ou modelos dependentes de seguros, tais barreiras assumiram centralidade e estiveram relacionadas ao adiamento ou abandono do cuidado.

Essas descobertas confirmam estudos anteriores que indicam que a cobertura formal de saúde não garante, necessariamente, o acesso efetivo.²⁰ Além disso, elas destacam que a capacidade de pagamento é uma dimensão intrinsecamente ligada às desigualdades sociais e econômicas, afetando diretamente a continuidade terapêutica e o uso regular da APS. Para a MFC, esse cenário reforça a necessidade de práticas orientadas pela equidade, que sejam capazes de reconhecer como as vulnerabilidades econômicas impactam a adesão ao cuidado e a experiência diária dos usuários com os serviços.

Os estudos também evidenciaram a presença de barreiras socioculturais, comunicacionais e relacionais associadas à baixa literacia em saúde, dificuldades de comunicação, inadequação cultural dos serviços, discriminação e fragilidade do vínculo entre usuários e equipes.^{7,19,24} Embora menos frequentemente descritas que as barreiras organizacionais e geográficas, essas dimensões mostraram-se particularmente relevantes por influenciarem a aceitabilidade do cuidado e o engajamento dos usuários nos processos terapêuticos. Estudos que envolviam populações rurais, idosos, pessoas com deficiência e comunidades culturalmente específicas demonstraram que inadequações comunicacionais e ausência de sensibilidade cultural podem reduzir a confiança nos serviços e limitar o reconhecimento da APS como espaço legítimo de cuidado.^{17,19,21,26} Esses achados enfatizam que o acesso transcende a mera presença física dos serviços, abrangendo aspectos subjetivos e relacionais essenciais para a construção do vínculo, a escuta qualificada e o reconhecimento das especificidades socioculturais dos territórios.

Outro aspecto recorrente identificado nos estudos refere-se às barreiras estruturais e sistêmicas associadas à fragmentação das redes de atenção, insuficiência de recursos humanos e fragilidade da articulação entre os níveis assistenciais.^{18,22,23,25} Os estudos analisados indicam que tais limitações

comprometem diretamente atributos essenciais da APS, sobretudo a coordenação do cuidado, a integralidade e a continuidade terapêutica. Em vez de operarem como porta de entrada resolutive do sistema, algumas unidades mostraram-se incapazes de garantir acompanhamento longitudinal ou integração efetiva com serviços especializados. Esses resultados convergem com debates contemporâneos sobre a crise de coordenação nos sistemas de saúde e reforçam a necessidade de fortalecimento das redes assistenciais.^{8,22,25} Contudo, os estudos incluídos sugerem que a fragmentação não decorre exclusivamente de insuficiência estrutural, mas também de modelos organizacionais pouco integrados às necessidades territoriais e às trajetórias reais dos usuários no sistema.

A análise integrada dos estudos permitiu identificar três mecanismos centrais relacionados à persistência das barreiras de acesso à APS. O primeiro refere-se ao descompasso entre a organização dos serviços e as necessidades socioterritoriais da população, evidenciado especialmente em territórios rurais, periféricos e regiões de maior vulnerabilidade social. O segundo relaciona-se à fragilidade das políticas intersetoriais, limitando respostas efetivas para determinantes externos ao setor saúde, como mobilidade urbana, proteção social e infraestrutura territorial. O terceiro mecanismo diz respeito à predominância de respostas fragmentadas e focalizadas, frequentemente incapazes de enfrentar simultaneamente as dimensões organizacionais, econômicas, culturais e territoriais do acesso.^{16,21,27,28} Os achados da revisão indicam, portanto, que estratégias centradas apenas na ampliação da oferta física de serviços tendem a produzir impacto limitado quando dissociadas de intervenções voltadas à demanda, à participação comunitária e ao fortalecimento da capacidade dos usuários de interagir com os sistemas de saúde.^{7,26,30-32}

As evidências sintetizadas oferecem contribuições importantes para gestores, profissionais e pesquisadores da APS e da MFC ao demonstrar que as barreiras de acesso variam conforme o contexto territorial, a organização dos serviços e a capacidade institucional dos sistemas locais de saúde. Nos territórios rurais e remotos, os estudos sugerem que políticas voltadas exclusivamente à expansão física de unidades mostram-se insuficientes sem mecanismos complementares de transporte sanitário, telessaúde e estratégias de fixação profissional.^{21,33} Nos contextos urbanos, por sua vez, os achados apontam para a necessidade de reorganização dos fluxos assistenciais, ampliação da capacidade resolutive das equipes e fortalecimento da coordenação do cuidado.^{18,22,23,25} Além disso, a revisão evidencia que práticas culturalmente sensíveis, comunicação acessível e fortalecimento do vínculo profissional-usuário constituem dimensões fundamentais para qualificar a aceitabilidade e o engajamento no cuidado, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades sociais e desigualdades históricas.

Embora o presente estudo tenha seguido referenciais metodológicos consolidados para revisões de escopo, algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos achados. Inicialmente, destaca-se o número reduzido de estudos incluídos em relação à amplitude da busca realizada, o que pode refletir tanto a especificidade dos critérios de elegibilidade quanto a heterogeneidade conceitual existente na literatura sobre acesso à APS. Além disso, os estudos analisados apresentam significativa diversidade de contextos territoriais, países e delineamentos metodológicos, dificultando comparações diretas e limitando a generalização das categorias analíticas propostas. A busca complementar no Google Scholar restringiu-se aos 100 primeiros resultados ordenados por relevância, estratégia adotada devido à elevada dispersão e repetitividade dos registros recuperados, mas que pode ter ocasionado perda de estudos potencialmente relevantes. Adicionalmente, não foi realizada avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos, uma vez que revisões de escopo têm como objetivo principal mapear evidências disponíveis e identificar lacunas de conhecimento, e não produzir sínteses de efetividade ou recomendações clínicas.

Essas limitações, contudo, também evidenciam importantes lacunas para pesquisas futuras. Destaca-se a necessidade de estudos capazes de avaliar intervenções integradas voltadas simultaneamente às dimensões estruturais, organizacionais e socioculturais do acesso, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social. Também se mostram relevantes investigações comparativas entre sistemas universais e não universais, com potencial para aprofundar a compreensão das relações entre financiamento, organização da APS e equidade no acesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de escopo evidenciou que o acesso à APS constitui um fenômeno multidimensional, condicionado não apenas pela disponibilidade formal dos serviços, mas pela interação entre condições territoriais, organização dos sistemas de saúde, desigualdades socioeconômicas e capacidades dos usuários de perceber, buscar, alcançar, pagar e se engajar no cuidado. Os achados demonstram que as barreiras ao acesso operam de forma interdependente e contextualmente modulada, assumindo expressões distintas conforme as características organizacionais, socioterritoriais e estruturais dos sistemas locais de saúde.

A síntese das evidências nacionais e internacionais permitiu compreender que a persistência das barreiras de acesso está relacionada, sobretudo, à fragilidade da articulação entre oferta de serviços e necessidades concretas dos territórios, à insuficiência de respostas intersetoriais e à permanência de modelos organizacionais fragmentados e pouco responsivos às singularidades sociais e culturais da população. Nesse sentido, a revisão amplia a compreensão do acesso para além da dimensão físico-geográfica, incorporando aspectos relacionais, comunicacionais, econômicos e organizacionais que influenciam diretamente a continuidade, a integralidade e a resolutividade do cuidado na APS.

Como contribuição original para a APS e para a MFC, o estudo evidencia que estratégias centradas exclusivamente na ampliação da cobertura assistencial são insuficientes para garantir acesso oportuno, equitativo e resolutivo. A revisão demonstra a necessidade de fortalecer atributos essenciais da MFC, como coordenação do cuidado, vínculo longitudinal, comunicação qualificada e orientação comunitária, articulados ao planejamento territorial e à redução das desigualdades sociais e espaciais em saúde. Além disso, oferece um modelo analítico que integra barreiras estruturais, institucionais e relacionais do acesso, produzindo subsídios teóricos e operacionais para gestores, profissionais e pesquisadores interessados na reorganização de sistemas locais de saúde orientados pelos princípios da APS.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ADCB: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. LMSS: Conceituação, Metodologia, Supervisão, Validação, Escrita – Revisão e Edição. ACT: Curadoria de Dados, Investigação, Análise Formal, Validação, Escrita – Revisão e Edição. CJCR: Curadoria de Dados, Investigação, Análise Formal, Validação, Escrita – Revisão e Edição. RVC: Curadoria de Dados, Investigação, Validação, Escrita

– Revisão e Edição. BDQ: Curadoria de Dados, Investigação, Validação, Escrita – Revisão e Edição. CAD: Curadoria de Dados, Investigação, Validação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Lima JG, Giovanela L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):52-66. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>
2. Fiocruz. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Fiocruz; 2026 [acessado 2026 set. 24]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-primaria-equilibrio-entre-necessidades-de-saude-servicos-e-tecnologia/>
3. World Health Organization. Declaration of Astana [Internet]. World Health Organization; 2018 [acessado 2026 set. 24]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
4. World Bank. World Bank Annual Report 2023: a new era in development. World Bank; 2023. <https://doi.org/10.1596/AR2023EN>
5. World Health Organization. Billions left behind on the path to universal health coverage. World Health Organization; 2023 [acessado 2026 set. 24]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/18-09-2023-billions-left-behind-on-the-path-to-universal-health-coverage>
6. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
7. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
8. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1499-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
9. Rahman MM, Rosenberg M, Flores G, Parsell N, Akter S, Alam MA, et al. A systematic review and meta-analysis of unmet needs for healthcare and long-term care among older people. *Health Econ Rev*. 2022;12:60. <https://doi.org/10.1186/s13561-022-00398-4>
10. Ferreira A. Necessidades e cuidados em saúde de idosos migrantes atendidos por equipes da estratégia de saúde da família [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
11. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth*. 2020;18(10):2119-26. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a Methodological Framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl. 2):S190-S198. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
15. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet*. 1994;344(8930):1129-33.
16. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(11):e00120718. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>
17. Mirza NA, Hulko W. The complex nature of transportation as a key determinant of health in primary and community care restructuring initiatives in rural Canada. *J Aging Studies*. 2022;60:101002. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101002>
18. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Pessoa EÂC, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis*. 2015;25(2):635-56. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>
19. Santos MLM, Fernandes JM, Vicente DP, Simionatto J, Sanches VS, Souza AS, et al. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):e2018258. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200022>
20. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. *Health Affairs*. 2013;32(12):2205-15. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0879>
21. Garneiro L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):81-99. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>
22. Galvão JB, Almeida PF, Santos AM, Fernandes NFS. Trajetórias assistenciais de usuárias pela APS em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. *Physis*. 2019;29(4):e290404. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290404>
23. Chávez GM, Viegas SMF, Roquini GR, Santos TR. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*. 2020;24(4):e20190331. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0331>
24. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc*. 2015;24(1):100-12. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>

25. Sousa ANA, Shimizu HE. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012–2018). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(8):2981-95. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08972020>
26. Okoronkwo IL, Onwujekwe OE, Ani FO. The long walk to universal health coverage: patterns of inequities in the use of primary healthcare services in Enugu, Southeast Nigeria. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:132. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-132>
27. Panezai S, Ahmad MM, Saqib SE. Factors affecting access to primary health care services in Pakistan: a gender-based analysis. *Dev Practice*. 2017;27(6):813-27. <https://doi.org/10.1080/09614524.2017.1344188>
28. Ó DMSO, Santos RC, Sousa FOS, Albuquerque PC, Santos MOS, Gurgel IGD. Barreiras de acessibilidade à atenção básica em assentamento em Pernambuco, Brasil, sob a ótica de camponesas, profissionais de saúde e gestão. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(10):e00072322. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT072322>
29. Jeffreys M, Ellison-Loschmann L, Irurzun-Lopez M, Cumming J, McKenzie F. Financial barriers to primary health care in Aotearoa New Zealand. *Family Practice*. 2024;41(6):995-1001. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmadv096>
30. Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, Aiquoc KM, Souza TA, Barbosa IR. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:E210004. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>
31. Brasil. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2017 [acessado 2026 set. 24]. Disponível em: <https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/03112610-portaria-gm-2-436-2017-nova-pnab.pdf>
32. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>
33. Lima JG, Giovanella L, Bousquat A, Fausto M, Medina MG. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trab Educ Saúde*. 2022;20:e00616190. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>