

Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde

Absence of patients: barriers and determinants in access to health services

Ausentismo del usuario: barreras y determinantes en el acceso a los servicios de salud

Cynthia Moura Louzada Farias¹, Lorrane Moraes¹, Carolina Dutra Degli Esposti¹, Edson Theodoro dos Santos Neto¹

¹ Universidade Federal do Espírito Santo

Resumo

Introdução: O absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde é um fenômeno que vem impactando a atenção à saúde. **Objetivo:** Identificar a evidência científica disponível sobre as possíveis causas do absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde. **Métodos:** Este estudo analisou 34 publicações, classificadas em três unidades temáticas: barreiras do acesso; impacto dos serviços como determinante da saúde dos usuários; fatores condicionantes e facilitadores do acesso. **Resultados:** Enfrentar o absenteísmo exige a compreensão das desigualdades sociais, requer conhecimento sobre a organização dos serviços de saúde, dos determinantes sociais e das relações que ocorrem entre os grupos no contexto social. As principais razões para o absenteísmo são evitáveis e pode se beneficiar de intervenções para melhoria dos serviços de saúde. **Conclusões:** O conhecimento das barreiras e determinantes do acesso permite compreender as possíveis causas do absenteísmo e suas consequências, a fim de fundamentar a tomada de decisões que possibilitem a correção ou minimização de riscos e de prejuízos econômicos, na administração dos serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Saúde; Revisão Sistemática; Pesquisa Qualitativa; Absenteísmo.

Abstract

Introduction: absence of patients in health services is a phenomenon that impacts health care. **Objective:** To identify the available scientific evidence about the possible causes of users' absenteeism to health services. **Methods:** This study analyzed 34 publications, classified in three thematic units: access barriers; impact of services as determinant of users' health; conditioning factors and facilitators of access. **Results:** Facing absenteeism requires understanding social inequalities, requires knowledge about the organization of health services, social determinants and relationships that occur between groups in the social context. **Conclusions:** The main reasons for absenteeism are preventable and may be beneficiaries of interventions for the improvement of health services. Knowledge of the barriers and determinants of access allows us to understand the possible causes of absenteeism and its consequences, in order to support decisions that allow the correction or minimization of risks and economic losses in the administration of public health services.

Keywords: Access to Health Services; Health Services; Systematic Review; Qualitative Research; Absenteeism.

Como citar: Farias CML, Santos Neto ET, Esposti CDD, Moraes L. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2239. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2239](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2239)

Autor correspondente:

Cynthia Moura Louzada Farias.
E-mail: cmlf.odontologia@gmail.com

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 12/10/2019.
Aprovado em: 12/04/2020.



Resumen

Introducción: El absentismo de los usuarios a los servicios de salud es un fenómeno que ha estado afectando la atención médica. **Objetivo:** Identificar la evidencia científica disponible sobre las posibles causas del absentismo de los usuarios a los servicios de salud. **Método:** Este estudio analizó 34 publicaciones, clasificadas en tres unidades temáticas: barreras de acceso; impacto de los servicios como determinante de la salud de los usuarios; Factores condicionantes y facilitadores de acceso. **Resultados:** Abordar el absentismo requiere comprender las desigualdades sociales, requiere conocimiento sobre la organización de los servicios de salud, los determinantes sociales y las relaciones que ocurren entre los grupos en el contexto social. Las principales razones del absentismo son prevenibles y pueden beneficiarse de las intervenciones para mejorar los servicios de salud. **Conclusiones:** Conocer las barreras y los determinantes del acceso nos permite comprender las posibles causas del absentismo y sus consecuencias, a fin de apoyar la toma de decisiones que permita la corrección o minimización de riesgos y pérdidas económicas en la administración de los servicios de salud pública.

Palabras clave: Acceso a Servicios de Salud; Servicios de Salud; Revisión Sistemática; Investigación Cualitativa; Absentismo.

INTRODUÇÃO

O absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde, é o ato praticado pelo paciente que não comparece às consultas e aos procedimentos agendados.¹ Esse fenômeno vem impactando a atenção à saúde tanto no sistema público² como no privado.³ No Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro o absenteísmo apresenta-se como uma barreira na extensão da cobertura e do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde pública. Isso tem limitado a garantia da atenção à saúde nos diversos níveis de assistência,² dificultando as melhorias dos níveis sanitários da população.⁴ Sob esse aspecto, o acesso seria o primeiro passo para a garantia de utilização dos serviços de saúde pública.

Em relação ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, modelos conceituais foram desenvolvidos nos últimos anos.^{5,6,7} Esses modelos salientam que o acesso aos serviços de saúde deve ser analisado a partir da perspectiva dos objetivos da política de saúde e das características intrínsecas ao sistema de saúde. Os resultados obtidos, a partir da análise do acesso precisam ser vistos como fatores que afetam a utilização do serviço, assim como o estado de saúde individual e os comportamentos de saúde.⁶

No âmbito da utilização dos serviços de saúde, o absenteísmo dos usuários às consultas e exames previamente agendados tem sido foco de algumas investigações.^{2,8,9} Sob o enfoque da economia da saúde, um aspecto relevante a ser considerado é o absenteísmo na atenção secundária, que também representa um ponto de estrangulamento do acesso aos serviços de saúde no SUS.^{10,11,12} Além disso, o absenteísmo de usuários representa impactos à saúde da população, prejuízos à resolutividade e integralidade do cuidado, além de custos desnecessários ao sistema e aumento do tempo de espera por procedimentos de saúde.¹²

A Organização Pan-americana de Saúde destaca a importância de garantir o direito à saúde e chama a atenção para as desigualdades sociais por meio da identificação de seus determinantes.¹³ Num contexto de grandes desigualdades sociais, a administração pública e os gestores do SUS lidam cotidianamente com uma carga considerável de pressão por recursos assistenciais e com longas filas de espera para alguns procedimentos onerosos ao orçamento da saúde.¹⁴ Nesse sentido, o impacto do absenteísmo torna-se relevante quando existe uma demanda por novos agendamentos, que é comum nos sistemas públicos de saúde, em que os mecanismos reguladores apresentam-se pouco efetivos.¹⁵

Diante dessas considerações, este estudo propõe identificar, por meio de uma metassíntese, as evidências científicas disponíveis sobre os possíveis fatores relacionados ao absenteísmo em consultas e exames agendados nos serviços de saúde, partindo do pressuposto que o acesso e a utilização de serviços de saúde podem sofrer interferência de outros fatores para além da oferta dos serviços.¹⁶

MÉTODOS

Utilizamos a metassíntese como modalidade de revisão de literatura, por ser uma ferramenta metodológica importante para integrar as informações de conjuntos de estudos realizados separadamente sobre determinada intervenção ou área, por meio de estudos qualitativos relativos ao mesmo tema ou a temas correlacionados, apresentados na forma narrativa por meio de tópicos ou sumários temáticos.¹⁷ Por meio da metassíntese, como fonte de evidência, é possível organizar um grande número de produções científicas, intervenções e informações, que substitui a pesquisa primária para as tomadas de decisões na área da saúde.¹⁸ Esta pesquisa faz parte de um estudo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Espírito Santo (FAPES) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências em Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o parecer nº CAAE 52838416.0.0000.5060, atendendo à Resolução nº 466/2012.

A busca na literatura

Uma revisão sistemática de estudos qualitativos foi realizada nas bases de dados de Publicações Médicas (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com a estratégia de busca foi definida a partir da utilização dos seguintes descritores, no título ou no resumo: “acesso aos serviços de saúde”, “serviços de saúde”, “revisão sistemática”, “absenteísmo” e “pesquisa qualitativa”, com os filtros nos idiomas inglês, português e espanhol.

Foram selecionados todos os estudos qualitativos cujo foco principal era descrever as barreiras e os determinantes do acesso aos serviços de saúde (Tabela 1). A pesquisa abrangeu o período 2010 a 2017. Na escolha deste período foram levados em consideração todos os artigos potenciais para a revisão, visto que a partir de 2010, o termo absenteísmo começa a ser mais comumente utilizado para designar a falta dos usuários a procedimentos previamente agendados no Brasil.¹⁹

Além disso os descritores deveriam estar presentes no título e/ou resumo, como assunto principal, e os textos completos disponíveis nas bases de dados acessadas. Esse método foi capaz de selecionar 2.132 estudos realizados no Brasil, Espanha, Canadá, Inglaterra, Colômbia e África do Sul. Não foram incluídos editoriais e comentários teóricos, tese de doutoramento e outros trabalhos de graduação, resumos de conferências e resenhas de livros.

Em seguida, foi conduzida uma avaliação dos resumos, que procurou identificar todos os estudos de pesquisa relacionados ao tema “barreiras do acesso aos serviços de saúde”. Esse tema foi analisado em quatro subtemas: “barreiras do acesso”, “impacto dos serviços de saúde como determinante da saúde dos usuários”, “fatores condicionadores e facilitadores do acesso” e “absenteísmo às consultas previamente agendadas”. Essa avaliação permitiu incorporar 132 estudos a serem lidos na íntegra.

Tabela 1. Descritores em Ciências da Saúde (DECs) utilizados na revisão sistemática.

Português	Inglês	Espanhol	Relacionados em Português	n=2132
Acessibilidade aos serviços de saúde	<i>Health Services Accessibility</i>	<i>Accesibilidad a los Servicios de Salud</i>	Equidade no Acesso	543
Pesquisa Qualitativa	<i>Qualitative Research</i>	<i>Investigación Cualitativa</i>	Antropologia Cultural	422
Revisão Sistemática	<i>Systematic</i>	<i>Revisión</i>	Revisão Acadêmica	294
Absenteísmo	<i>Absenteeism</i>	<i>Absentismo</i>	Ausência	219
Serviços de saúde	<i>Health Services</i>	<i>Servicios de Salud</i>	Serviços Básicos de Saúde	654

A coleta de dados

Após excluir os artigos em duplicidade e aqueles que analisavam somente dados secundários, exclusivamente por métodos quantitativos de análise, 132 estudos foram selecionados para serem analisados integralmente por dois revisores independentes. O método consistiu em duas leituras, aplicando-se os seguintes critérios de exclusão: estudos com dados secundários, estudos quantitativos, estudos que abordavam o absenteísmo como falta ao trabalho.

A partir dessa análise, 98 artigos foram excluídos, selecionando-se estudos qualitativos com dados primários e estudos em que o absenteísmo se referia à falta do usuário aos serviços de saúde previamente agendados e as possíveis barreiras de acesso. A Tabela 2 apresenta o resultado da busca realizada nas bases de dados selecionadas com a aplicação dos critérios de seleção.

A análise crítica dos estudos incluídos

O rigor metodológico de cada um dos 34 estudos de pesquisa qualitativa foi avaliado por dois revisores, investigado utilizando um conjunto de sete itens adaptados a partir da ferramenta de avaliação *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*,²⁰ incluindo o seguinte: (1) pesquisa qualitativa; (2) contexto do estudo; (3) reflexividade do pesquisador; (4) metodologia de amostragem; (5) coleta de dados; (6) análise; (7) evidência suficiente para apoiar as reivindicações. Esta avaliação foi usada em outras revisões qualitativas de evidências^{21,22} (Tabela 3). Os artigos selecionados foram aqueles que satisfizeram pelo menos cinco itens do CASP.

Para fins de síntese dos 34 estudos analisados, a avaliação seguiu os princípios de metassíntese. O processo envolveu a agregação de achados em categorias previamente determinadas para gerar um conjunto de declarações em que foram destacadas as seguintes informações: autor, ano, local da coleta de dados, serviços referidos no estudo, as barreiras e os determinantes do acesso à saúde, fatores condicionadores e facilitadores do acesso e estratégias para superar as barreiras.

Tabela 2. Resultado de busca realizadas nas bases de dados selecionadas, segundo critérios de inclusão e exclusão, entre 2010-2017.

Base de dados	Artigos encontrados	Duplicidade	Acesso restrito	Acesso aberto	Artigos incluídos	Artigos analisados
PubMed	1361	45	353	963	83	21
LILACS	207	14	0	193	18	3
SciELO	564	5	83	476	32	10
Total	2132	87	436	1632	132	34

Tabela 3. Lista de verificação utilizada pelos revisores para consenso das análises.

Itens avaliados	Sim	Não
1. Existe coerência entre a perspectiva teórica declarada e a metodologia de pesquisa?	34	0
2. Existe coerência entre a metodologia de pesquisa e a questão de pesquisa ou objetivos?	34	0
3. Existe coerência entre a metodologia de pesquisa e os métodos utilizados para recolher os dados?	34	0
4. Existe coerência entre a metodologia de pesquisa e a interpretação dos resultados?	31	3
5. É percebida a influência do pesquisador sobre a pesquisa e vice-versa?	33	1
6. A pesquisa adotou critérios atuais, baseados em estudos recentes e há evidências de ética?	33	1
7. A conclusão responde ao objetivo e foram tiradas no fluxo de relatório de pesquisa a partir da análise, ou interpretação dos resultados?	34	0

Fonte: Adaptada da Ferramenta de avaliação da qualidade dos estudos qualitativos - Critical Appraisal Skills Programme (CASP).²⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos incluídos na análise foram realizados em países com diferentes sistemas de saúde. Isto é significativo, porque as barreiras de acesso devem ser analisadas de acordo com as características contextuais do local estudado. Isso inclui fatores como nível geral de saúde da população, capacidade de resposta dos serviços de saúde e como as contribuições financeiras são distribuídas.

Os estudos apresentaram diferentes cenários, sendo 22 deles na Atenção Básica, um na Atenção Básica e Especializada, quatro apenas na Atenção Especializada, dois em hospitais, um estudo foi conduzido nos domicílios dos usuários entrevistados e quatro estudos não descreveram o cenário pesquisado. Nesse contexto, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde seriam explicadas não apenas pelo seu nível socioeconômico, mas também por fatores relacionados com as políticas e estratégias adotadas pela gestão local.²³

Assim, a partir dos estudos selecionados com o tema “barreiras do acesso aos serviços de saúde”, adotou-se o pressuposto de que as barreiras de acesso operam em três níveis diferentes: nível político-estrutural (isto é, cultural, política e considerações de recursos que determinam a dimensão e configuração de serviços); nível institucional (isto é, fatores relacionados à organização e prestação dos serviços),²⁴ e nível dos fatores individuais (características dos próprios indivíduos incluindo as características sociodemográficas, conhecimento, habilidades de comunicação e motivação).²⁵ Nesse sentido, este estudo aborda cada um dos três níveis nas seguintes categorias: “barreiras e os determinantes do acesso aos serviços de saúde”, “entradas e saídas no acesso aos serviços de saúde” e “condições facilitadoras do acesso”.

Os resultados desta metassíntese, que trata de absenteísmo em diferentes níveis de atenção, estão sumarizados conforme características gerais, relacionados aos autores, ano de publicação, local do estudo, participantes, métodos de análise de dados e cenário estudado (Tabela 4).

Tabela 4. Característica dos estudos analisados na revisão sistemática para metassíntese.

Autores	Ano	Local do estudo	Participantes	Análise de dados	Cenário referenciado no estudo
Cruz e Bourget ²⁶	2010	Brasil	Cinco famílias de uma UBS	Teoria das representações sociais	Atenção Básica
Schwartz et al. ²⁷	2010	Brasil	39 indivíduos usuários de uma UBS	Entrevista semiestruturada e análise de conteúdo	Atenção Básica
Spedo et al. ¹	2010	Brasil	Usuários do serviço de saúde, informantes chave e gestores	Análise temática-estudo de caso: entrevista, grupo focal e observação participante	Atenção Básica
Almeida et al. ²⁸	2011	Brasil	Secretários de saúde e gestores da secretaria municipal de saúde, profissionais de ESF e famílias atendidas.	Entrevistas semiestruturadas	Atenção Básica
Conill et al. ²⁹	2011	Espanha	62 profissionais e gestores	Entrevista e estudo observacional	Atenção Básica
Baduy et al. ³⁰	2011	Brasil	Equipe e gestores de UBS e agentes reguladores	Oficinas de conversa	Atenção Básica e Sistema de Regulação
Codato et al. ³¹	2011	Brasil	10 Gestantes	Análise Temática -Entrevista gravada	Atenção Básica e Consultório Odontológico Particular
Junges et al. ³²	2011	Brasil	Um médico, um atendente, dois enfermeiros, um dentista, três técnicos de enfermagem, um encarregado de almoxarifado e gestora da unidade	Grupo Focal	Atenção Básica

continua...

...continuação

Autores	Ano	Local do estudo	Participantes	Análise de dados	Cenário referenciado no estudo
Oliveira et al. ³³	2012	Brasil	18 pacientes em acompanhamento	Entrevista semi-estruturada individual	Serviço especializado
Amaral et al. ³⁴	2012	Brasil	523 indivíduos	Entrevista estruturada	Domicílio
Trad et al. ³⁵	2012	Brasil	18 famílias	Estudo etnográfico	Atenção Básica
Santos Neto et al. ³⁶	2012	Brasil	1131 puérperas	Entrevista individual	Domicílio das puérperas
Taddeo et al. ³⁷	2012	Brasil	30 pacientes diabéticos	Entrevista e observação sistemática	Atenção Básica
Dubeux et al. ²³	2013	Brasil	853 indivíduos	Entrevista semiestruturada individual	Hospitais
Kredo et al. ³⁸	2013	África do Sul	Pacientes infectados HIV	Análise por temas e categorias de estudos qualitativos	Não específica
Glenton et al. ³⁹	2013	Canadá	Profissionais de saúde, pacientes e suas famílias/ cuidadores, o público em geral, gestores	Análise por temas e categorias (grupos focais, entrevistas individuais e observação): revisão sistemática dados qualitativos	Não específica
Monteschio et al. ⁴⁰	2014	Brasil	310 puérperas	Entrevista instrumento do tipo questionário misto	Hospitais universitários
Aragão et al. ²⁵	2014	Brasil	36 indivíduos surdos	Grupo focal	Escola de áudio-comunicação
Marin et al. ⁴¹	2014	Brasil	396 usuários e 289 profissionais	Entrevista análise de conteúdo	Atenção Básica
Stafford et al. ⁴²	2014	Inglaterra	Comunidades carentes e não carentes	Entrevista e comparação de dados	Não específica
Sánchez et al. ⁴³	2014	Colômbia	44 mulheres com diagnóstico de câncer de mama	Grupo focal e entrevistas	Atenção Básica
Borysov e Furtado ⁴⁴	2014	Brasil	Homens e mulheres de abrigos de rua + assistente social e educador	Observacional e entrevistas semiestruturadas individuais e grupais	Unidades de Referência e Assistência Social
Gomes et al. ⁴⁵	2014	Brasil	Dois médicos, três técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, dois dentista, três ASB	Entrevistas semiestruturadas Análise de conteúdo	Atenção Básica
Mejía et al. ⁴⁶	2014	Brasil	823 gestantes e 04 enfermeiras	Entrevista semiestruturada	Atenção Básica e especializada
Izecksohn e Ferreira ⁴⁷	2014	Brasil	22 pacientes faltosos	Entrevista análise de conteúdo	Atenção Básica
Mesa et al. ⁴⁸	2015	Espanha	882 usuários	Entrevista telefônica Análise de Conteúdo	Atenção Básica
Gonçalves et al. ²	2015	Brasil	385 pacientes, 12 dentistas e 12 enfermeiras	Entrevista por telefone + Ação pesquisa diagnóstica (pesquisa-ação)	Atenção Básica
Esposti et al. ⁹	2015	Brasil	14 puérperas	Análise de conteúdo temática de entrevista individual	Atenção Básica
Heaman et al. ⁴⁹	2015	Canadá	24 profissionais de saúde	Análise de conteúdo entrevista individual face a face	Atenção Básica
Sarmiento et al. ⁵⁰	2015	Espanha	51 indivíduos	Grupo focal	Atenção Básica
Lima et al. ²⁴	2015	Brasil	46 informantes	Entrevistas semiestruturadas análise de conteúdo	Atenção Básica
Rocha et al. ⁵¹	2015	Brasil	03 indivíduos	Percepção e análise fenomenológica	Não específica
Carvalho et al. ⁵²	2016	Brasil	52 mulheres	Entrevistas semiestruturadas Análise de conteúdo	Atenção Básica
Ballantyne e Rosenbaum ⁵³	2017	Canadá	12 mulheres	Entrevistas semiestruturadas análise temática	Atenção Especializada

Barreiras e os determinantes do acesso aos serviços de saúde

Com os resultados desta revisão, por intermédio dos artigos estudados, foi possível considerar na metassíntese as barreiras que os usuários enfrentam ao acessar os serviços de saúde e possibilitaram definir uma tipologia de barreiras que englobam fatores político-estruturais, organizacionais e individuais.^{43,44,52} Assim, verifica-se que a administração pública, por meio das políticas macroeconômicas e sociais, incluindo as políticas públicas de saúde e a privatização dos serviços, influenciaram a disponibilidade e a configuração dos serviços de saúde para os usuários entrevistados.^{40,44}

Em termos do nível político-estrutural, os estudos identificaram uma série de obstáculos, incluindo a falta de cobertura em saúde e programas de seguridade social, seguro de saúde, ou em alguns casos ser incapaz de acessar o serviço de saúde privado, devido à falta de recursos para pagar os custos.^{1,24,27,28,33,35,40,45} Além disso, entre outras práticas estabelecidas, foram identificados que a dificuldade de obter cuidados de saúde está associada ao impacto das políticas sociais e econômicas sobre os serviços de saúde.^{24,25,43,48}

A discussão sobre os fatores organizacionais indicou como desafio as características dos serviços de saúde, em termos de disponibilidade de recursos,^{1,23,25,27,40,45,48,49} tais como: horário de funcionamento, disponibilidade de serviços médicos e odontológicos,^{2,24,28,35,41,46,47,49,50} a falta de informação sobre os diferentes programas e serviços oferecidos^{1,24,33,37,47,48,50} e a qualidade percebida dos serviços prestados,^{1,23,25,29,35} são os determinantes para utilização dos serviços de saúde. Em alguns casos, o usuário é colocado em uma “fila eletrônica” e precisa ser devidamente informado sobre o dia da consulta agendada, horário e local. Qualquer falha nessa comunicação ao usuário sobre o correto agendamento gera um absenteísmo “involuntário” do mesmo. Portanto, um eficiente gerenciamento do fluxo de informações deve ser assegurado.^{24,28,41,46,47} Os autores também identificaram que o acolhimento afeta o acesso e a utilização de serviços de saúde, restringe a disponibilidade e a cobertura do sistema.^{2,24,28,29,33,30,37,44,45,48,49}

Processos conflituosos fazem parte do cotidiano do acesso aos serviços de saúde e uma série de fatores individuais (por exemplo, características sociodemográficas, conhecimento e motivação) e dos prestadores de serviços (por exemplo, atitudes dos profissionais) balizaram o uso de serviços de saúde entre os indivíduos, que constituíram importante obstáculo que excluem os usuários dos serviços de saúde. A falta de redes de apoio social nos serviços de saúde, para os usuários em situação de vulnerabilidade, apresenta-se como consequente impacto sobre a redução do uso de serviços de saúde.^{2,25,30}

Além disso, as barreiras geográficas e dificuldades de transporte, devido à localização desses serviços, no que se refere aos locais de residência e de trabalho dos entrevistados, também foram identificados como determinantes relevantes,^{1,23,24,36,37,49,51,52} na perspectiva individual, podem impactar diretamente no absenteísmo de usuários às consultas e exames previamente agendados.

As barreiras associadas aos aspectos culturais, como: pertencer a um determinado grupo étnico, ter uma determinada religião e sexo, que impactam diretamente no uso dos serviços de saúde.^{33,35,37,43,47,48,52,53} A transformação dessas barreiras do acesso não envolve apenas a incorporação crítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica de atendimento produzida, mas têm implicações tanto na percepção subjetiva de um mau estado de saúde,⁴⁴ como no uso de alternativas para resolver uma necessidade de saúde.

Além disso, o fato de vivenciar fatores estressores cumulativos ao longo da vida resulta em isolamento, baixo apoio social e baixo nível socioeconômico, impactando na redução do uso dos serviços de saúde.⁵³ Em alguns casos, os usuários expressam ter sentimentos de inferioridade e de julgamento, e falta de acolhimento no sistema de saúde.^{2,24,29,31,33,43,44,48,49,53}

Esses sentimentos, seja pela pequena fixação de profissionais, seja pela falta de eficiência no atendimento, que interferem na integralidade e na qualidade do acesso, dificultam a comunicação entre o prestador de serviços e o usuário, levando-os à insegurança ou desconfiança para com os serviços de saúde.^{1,24,27,31,32,33,34,35,40,45} Em termos gerais, as barreiras experimentadas pelos usuários dependeram do contexto de cada município de residência e essas barreiras e determinantes do acesso influenciam as práticas de saúde e a utilização dos serviços de saúde,^{2,43,44,45,48,49} que podem reduzir ou aumentar o absenteísmo de usuários nos sistemas de saúde.

Entradas e saídas nos serviços de saúde

No nível político-estrutural os estudos identificaram que as informações e características dos serviços de saúde influenciam, como determinantes externos, nas barreiras enfrentadas por usuários no acesso aos serviços buscados. Nesse aspecto, os estudos analisados demonstraram que atitudes anteriores e opiniões sobre os serviços de saúde,^{9,23} crenças em saúde sobre as medidas de prevenção (severidade, susceptibilidade, barreiras e benefícios percebidos) e controle das doenças, além da subjetividade como aspectos imprescindíveis no processo de adoecer e cuidar de si,⁴⁴ bem como a prioridade que estabelecem em relação à sua saúde sobre outros aspectos estão relacionados ao absenteísmo dos usuários.

Dado imprescindível, na perspectiva de sete estudos analisados,^{24,27,31,35,37,43,49} foi que, ao solicitar o acesso ou acessar os serviços de saúde, os usuários encontram barreiras estruturais que levam a desigualdades nos cuidados entre coletivos vulneráveis, como a falta de recursos regulares de saúde, a falta de financiamento e barreiras geográficas. A pobreza e a marginalização social, podem ser barreiras estruturais, no entanto, não se pode presumir que todos os usuários que compartilham uma característica particular enfrentam as mesmas barreiras.^{35,37,43,44}

A motivação, conhecimento, crenças e atitudes e interpretações de doenças e bem-estar, os comportamentos apreendidos e incorporados pelos usuários na convivência social^{33,35,37,43,44,49} e o grau de conhecimento sobre o sistema de saúde,^{1,24,33,37,38,48,50} são fatores individuais que influenciam o acesso e a utilização dos serviços de saúde, na escolha do paciente ao buscar os serviços de saúde, impulsionados pelos impactos fisiológicos sentido e também pelas estruturas sociais e culturais nas quais o usuário está imerso.

As crenças e os valores, assim como os processos de acolhimento, dificultam a integração de usuários e serviços de saúde e, portanto, influenciam como os serviços de saúde são usados.^{2,24,29,33,35,37,44,45,48,49} Em alguns casos, isso significa sentir-se discriminado por diferentes instituições,^{35,53} não se sentir bem aceito e mal compreendido, ou perceber certa atitude de indiferença para com eles, ou ainda a falta de acolhimento por parte dos profissionais de saúde.^{35,37,51,53}

Os fatores organizacionais, relacionados às características dos serviços de saúde, como flexibilidade e opção de escolhas, trouxeram a evidência de que a disponibilidade de recursos, outros fatores do serviço de saúde, como longos períodos de espera e horários de funcionamento inconvenientes e a qualidade percebida dos serviços prestados, influenciaram o acesso e a utilização dos serviços de saúde entre trabalhadores formais, informais e desempregados.^{24,48,53} Os estudos sugerem que, dessa combinação resultam, muitas vezes, os usuários enfrentam uma escolha entre o emprego e a consulta.^{37,39,42} Esses autores evidenciaram que entre os trabalhadores informais e desempregados que recebem menores salários e têm baixa escolaridade, as implicações dessas barreiras enfrentadas para o acesso aos serviços de saúde, influenciam a percepção desse usuário sobre os serviços e podem provocar falta de controle sobre sua saúde, além de potencializar seus sentimentos de desvantagem para a mobilidade social, ou seja, de vulnerabilidade social.

Aliado a esse fato de vulnerabilidade social, as ações da política de saúde adotadas somados aos múltiplos fatores que incidem no cotidiano de vida desses usuários em seus territórios contribui para a promoção ou deterioração dos seus estados de saúde.^{23,35,37,39,42,43,49} Nesse sentido, as barreiras de acesso enfrentadas pelos usuários nos sistemas de saúde são influenciadas tanto por aspectos mais restritos ao espaço singular das relações e condições individuais até o espaço mais geral que abrange as instituições e a política de saúde vigente.

Condições facilitadoras do acesso

Ao discutir o desafio da busca da melhor alternativa e o uso de critérios facilitadores, para priorização do acesso com redução do absenteísmo de usuários, no nível organizacional, as articulações entre os vários níveis assistenciais e a garantia de pactuações entre esses níveis, ao mesmo tempo sustentáveis e flexíveis, de acordo com as necessidades variáveis dos diversos elementos da rede assistencial precisam ser trabalhadas.^{46,51} Essas pactuações refletiriam em mudanças ágeis das referências, de acordo com a variação do quadro de recursos disponíveis e, ao mesmo tempo, em sensibilidade para se alterar o perfil das demandas assistenciais.^{44,48}

O fato de conhecer o contexto social de toda a família, além das necessidades de saúde de seus membros, é essencial para facilitar o acesso e existe a convicção de que é mais consistente equiparar “necessidades” a “preferências subjetivas”, entendendo que só os indivíduos ou grupos particulares sabem de suas demandas e, por isso, são mais capazes do que as instituições coletivas de traçar os objetivos e prioridades que melhor lhes convêm.⁵³

O apoio familiar é reconhecido como fundamental e os familiares atuam como colaboradores^{2,25} no processo de tomada de decisões ao receber cuidados de saúde e em momentos que existem dificuldades de relatar ou expressar fatos.^{24,48,53} Alguns estudos identificam como aspectos relevantes a infraestrutura dos serviços e qualidade técnica dos profissionais de saúde.^{1,27,33,34}

Alguns autores revelaram que os usuários acreditam que melhorariam sua situação de saúde com a melhoria do padrão de vida,^{24,33,34,35,37,43} bem como a contribuição das organizações comunitárias e das Equipes de Saúde que trabalham nos diferentes bairros realizando campanhas de educação e promoção da saúde.^{2,36,48}

A regulação e a descentralização dos serviços de saúde são estratégias organizacionais que facilitam o acesso às tecnologias em saúde, buscando garantir o acesso dos cidadãos à rede de serviços públicos, operacionalizando a hierarquização da saúde além de aperfeiçoar a utilização dos serviços de referência segundo os critérios de necessidades de saúde dos usuários.^{30,38}

Em termos gerais, as condições facilitadoras do acesso estão relacionadas à capacidade dos Estados de oferecer serviços e benefícios em segurança social, saúde, habitação, educação e serviços sociais para todas as pessoas.^{33,35,37,41,43,49,53} Assim, as políticas públicas são um fator que contribuem para facilitar o acesso aos serviços de saúde e precisam estar voltadas para a necessidade dos usuários.²³ No mesmo sentido, investimentos e esforços de gestores e profissionais de saúde precisam ser direcionados para identificar, sob a ótica de usuários e profissionais, áreas prioritárias de atuação para melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

CONCLUSÕES

Lidar com o absenteísmo, em um cenário de dificuldades, requer maior conhecimento sobre os determinantes sociais e as relações que ocorrem dentro das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a fim de melhor conhecer as causas do absenteísmo às consultas e exames, fator preocupante para administração na saúde pública.

Entretanto, não se pode fazer generalizações entre o absenteísmo de usuários na atenção básica e na atenção secundária. Assim como não se pode generalizar as causas do absenteísmo do usuário em face de diferentes modelos de atenção entre os países, o que também implicaria em peculiaridades no acesso e no uso dos sistemas de saúde. Isso porque, por várias razões aceitáveis (por exemplo, variando as preferências individuais), àqueles com necessidades iguais e igualdade de oportunidades para acesso aos cuidados de saúde pode não fazer o mesmo uso dessas oportunidades.

As principais razões para o absenteísmo são evitáveis e pode se beneficiar de intervenções para melhoria dos serviços de saúde. O conhecimento das necessidades, dificuldades no acesso e possíveis causas do absenteísmo, com a extensão de suas consequências, permite a tomada de decisões pelos gestores que levem à correção ou minimização de riscos que imputam no mínimo prejuízo econômico, e no caso do absenteísmo, o aumento das chamadas filas de espera.

Um dos pontos fortes desse estudo (apesar de lidar com estudos heterogêneos de diferentes países) é que os resultados descrevem determinantes e barreiras que afetam o acesso aos serviços de saúde e foram sintetizados analisando os discursos e percepções dos usuários diretamente envolvidos no processo. Assim, os serviços de saúde podem melhorar o acesso dos usuários por meio de ações como melhoria na comunicação e visitas comunitárias ou domiciliares realizadas por contatos-chave, que precisam ser treinados e ter habilidade desenvolvida ao serem designados para a ação de matriciamento e construção de relacionamento mais próximo com os usuários nos territórios.

Esta metassíntese tem limitações que devem ser destacadas. Embora os estudos tenham sido selecionados por uma pesquisa de bases de dados de literatura científica pode haver relatórios na literatura cinza, não publicados. Assim, são necessárias mais informações sobre as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, sendo necessário investigar mais estratégias que ajudem os indivíduos a minimizar os efeitos negativos das barreiras de acesso e o absenteísmo nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2010;3(20):953-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>
2. Gonçalves CA, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, et al. Strategies for tackling absenteeism in dental appointments in the Family Health Units of a large municipality: action research. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 Fev;(20):2449-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.00702014>
3. Oleskovic M, Oliva FL, Grisi CCH, Lima AC, Custódio I. Overbooking in an outpatient healthcare facility in the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saúde Pública*. 2014 Mai;30(5):1009-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158612>
4. Barreto ML, Carmo EH. Determinante das condições de saúde e problemas prioritários no país [Internet]. In: Ministério da Saúde, org. *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000; [acesso em 2018 Out. 08]; 235-259. Disponível em: <http://livroaberto.ibict.br/handle/1/880>
5. Thiede M, Akewengo P, McIntyre D. Exploring the dimensions of access. In: McIntyre D, Mooney G, eds. *The economics of health equity*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2007. p. 103-47.
6. Andersen RM. National Health Surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care*. 2008 Jul;46(7):647-53. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817a835d>
7. Frenk J, Ordóñez C, Paganini JM, Starfield B. Concept and measurement of accessibility [Internet]. In: White KL, et al. *Health service research: an anthology*. Washington, DC: Pan American Health Organization (PAHO). 1992 Jan; [acesso em 2018 Out 08]; 842-55. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Julio_Frenk/publication/19080047_Concept_and_measurement_of_accessibility/links/5575db2708ae75363751a314.pdf
8. Mejía PTR, Barona RC, Solarte JCM, Gómez FA, Bernal JAV. Factors of health services and users satisfaction associated to antenatal care access. *Hacia Promoc Salud* [Internet]. 2014 Abr; [citado 2018 Dez 10]; 19(1):84-98. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a07.pdf>
9. Esposti CDD, Oliveira AE, Santos Neto E, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde Soc*. 2015 Set;24(3):765-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015127606>
10. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Jul;58:655-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.2003.017731>
11. Martínez HLH. Aspectos econômicos da equidade em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(5):eRE010316. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XRE010316>
12. Machado AT, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: a cross-sectional study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 Jan;20(1):289-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.01012014>
13. Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Financiamento público de saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013; [acesso em 2018 Out 08];. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf
14. Tesser CD, Poli Neto P. Specialized outpatient care in the Unified Health System: how to fill a void. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017 Mar;22(3):941-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
15. Fonseca E, Vázquez P, Mata, Pita S, Muiño MS. Estudio de la inasistencia a las citaciones en consulta en un servicio de dermatología. *Piel*. 2001;16(10):485-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0213-9251\(01\)72509-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9251(01)72509-9)
16. Baldini MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Individual determinants of dental care utilization among low-income adult and elderly individuals. *Rev Bras Epidemiol*. 2010 Mar;13(1):150-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000100014>
17. Sandelowski M, Barroso J. Sandbar Digital Library Project. Qualitative metasummary method [Internet]. Chapel Hill, USA: University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing; 2004; [acesso em 2018 Out 08]. Disponível em: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm?fuseaction=about#>
18. Evans D, Pearsons A. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. *J Clin Nurs*. 2001 Dec;10(5):593-9. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00517.x>
19. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Rev Espaço Saúde*. 2010;11(2):56-65.

20. Critical Appraisal Skills Programme [CASP]. CASP Qualitative Research checklist [Internet]. Oxford, UK: CASP; 2013; [acesso em 2018 Out 08]. Disponível em: http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf
21. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. A adesão do paciente ao tratamento da tuberculose: uma revisão sistemática da pesquisa qualitativa. *PLoS Med*. 2007 Jul;4(7):e238. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040238>
22. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta- synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *J Gen Pract* 2007;57(545): 971-8. DOI: <https://doi.org/10.3399/096016407782604820>
23. Dubeux LS, Freese E, Felisberto E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis*. 2013 Jun;23(2):345-69. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200003>
24. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>
25. Aragão JS, Magalhães IMO, Coura AS, Silva AFR, Cruz GKP, França NSX. Acceso para adultos sordos y comunicaci3n: una voz silenciada en los servicios de salud. *J Res Fundam Care* [Internet]. 2014; [citado 2018 Dez 20]; 6(1):1-7. Disponível em: <file:///C:/Users/parga/Downloads/2989-18110-1-PB.pdf>
26. Cruz MM, Bourget MMM. Home visiting in the Family Health Strategy: investigating families' perceptions. *Saúde Soc*. 2010 Set;19(3):605-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300012>
27. Schwartz TD, Ferreira JTN, Maciel ELN, Lima RCD. Family Health Strategy: evaluating the access to SUS from the perception of the users of the health unit Resistência, in the region of São Pedro, Vitória, Espírito Santo State. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 Jul;15(4):2145-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400028>
28. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011; [citado 2018 Dez 10]; 29(2):84-95. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/>
29. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 Jun;16(6):2783-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600017>
30. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. Healthcare regulation and healthcare management as tools to assure comprehensiveness and equity in health. *Cad Saúde Pública*. 2011 Fev;27(2):295-304. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200011>
31. Codato LAB, Nakama L, Cordoni Junior L, Higasi MS. Dental treatment of pregnant women: the role of healthcare professionals. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 Abr;16(4):2297-301. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400029>
32. Junges JR, Schaefer R, Prudente J, Mello RF, Silocchi C, Souza M, et al. The moral vision of professionals at a primary healthcare unit and humanization. *Interface (Botucatu)*. 2011 Set;15(38):755-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300011>
33. Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Access and comprehensiveness: the viewpoint of users of a mental health network. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 Nov;17(11):3069-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>
34. Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro KSQS, et al. Accessibility for people with disabilities or permanent mobility restrictions to the Unified Health System. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 Jul;17(7):1833-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700022>
35. Trad LAB, Castellanos MEP, Guimarães MCS. Acessibilidade à atenção básica por famílias negras. *Rev Saúde Pública*. 2012 Dez;46(6):1007-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000600010>
36. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. Access to dental care during prenatal assistance. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):3057-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100022>
37. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2923-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100009>
38. Kredt T, Ford N, Adeniyi FB, Garner P. Decentralizing HIV treatment in lower- and middle-income country. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun;(6):CD009987. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009987.pub2>
39. Glenton C, Colvin C, Carlsen B, Swartz A, Lewin S, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(2):CD010414. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010414.pub2>

40. Monteschio LVC, Sgobero JKGS, Marcon SS, Mathias TAF. Acesso de parturientes para a assistência ao parto em hospitais universitários: caracterização e fatores associados. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 Mar;35(1):22-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.39841>
41. Marin MJS, Moracvick MYAD, Marchioli M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. *Rev Enferm UERJ.* 2014 Set/Out;22(5):629-36. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2014.4238>
42. Stafford M, Badland H, Nazroo J, Halliday E, Walthery P, Povall S, et al. Evaluating the health inequalities impact of area-based initiatives across the socioeconomic spectrum: a controlled intervention study of the New Deal for Communities, 2002-2008. *J Epidemiol Community Health.* 2014;68(10):979-86. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2014-203902>
43. Sánchez G, Laza G, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública [Internet].* 2014 Set/Dec; [citado 2018 Dez 10]; 32(3):305-13. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12031816011>
44. Borysow IC, Furtado JP. Acceso, equidad y cohesión social: evaluación de estrategias intersectoriales para la población en situación de calle. *Rev Esc Enferm.* 2014;48(6):1069-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700015>
45. Gomes IEM, Signor E, Silva LAA, Colomé I, Arboit EL, Correa AMG. Desafios na gestão do trabalho em saúde: a educação na interface com atenção. *R Enferm Cent O Min.* 2014;4(2):1100-11.
46. Mejía PTR, Barona RC, Solarte JCM, Gómez FA, Bernal JAV. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. *Hacia Promoc Salud [Internet].* 2014 Jan/Jun; [citado 2017 Jul 11]; 19(1):84-98. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309131703007>
47. Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014 Jul/Set;9(32):235-41. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf9\(32\)960](https://doi.org/10.5712/rbmf9(32)960)
48. Mesa MLJ, Asencio JMM, Ruiz FR. Determinants and economic cost of patient absenteeism in outpatient departments of the Costa del Sol Health Agency. *Anales Sis San Navarra.* 2015 Ago;38(2):235-45. DOI: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0072>
49. Heaman M, Sword W, Elliott L, Moffatt M, Helewa ME, Morris H, et al. Barriers and facilitators related to use of prenatal care by innercity women: perceptions of health care providers. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(2). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0431-5>
50. Sarmiento PB, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín MJ, García-Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit.* 2015 Jul/Aug;29(4):244-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>
51. Rocha GSA, Coelho RCM, Andrade ARL, Aquino JM, Abrão FMS, Costa AM. Cuidados de enfermagem aos indivíduos soropositivos: reflexão à luz da fenomenologia. *Rev Min Enferm.* 2015 Abr/Jun;19(2):258-61. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150040>
52. Carvalho VF, Kerber NPC, Wachholz VA, Conceição F, Marques LA, Francioni FF. Access to Papanicolaou Test by the Unified Health System users. *Rev Rene.* 2016 Mar/Apr;17(2):198-207. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000200007>
53. Ballantyne M, Rosenbaum PL. Missed appointments: more complicated than we think. *Paediatr Child Health [Internet].* 2017 Jun; [citado 2018 Out 14]; 22(3):164-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5804886/>