

**Accessibility and use
in primary health care:
reflections about user's
absenteeism**

| Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários

ABSTRACT | Introduction: *Universal and equitable access at all levels of care are the core principles of the Brazilian National Health System (SUS) and is seen as a major contributor to reducing social inequalities in health, and such principles should be clearly met in the daily health practices.*

*However, SUS is faced with the paradox of the need for expansion in certain areas and the underutilization in others. **Objective:** To analyze the incidence of absenteeism of Primary Care users in a city in the state of Espírito Santo. **Methods:** This is a descriptive study with a quantitative approach, using secondary data from the Health Department of the Municipality of Vila Velha (ES) for analysis, covering the years 2014 and 2015.*

Results: *In 2014, for the 250.547 appointments scheduled, there were 33.716 absences (13.45%), while in 2015, for 250.315 consultations scheduled, 29.571 were cancelled due to the absences of users (11.81%).*

Conclusion: *The relationship between non-attendance rates of users to scheduled appointments in health units, population income and type of health services should be further investigated. It is critical to devise research-informed strategies to reduce absenteeism or mitigate its negative impacts.*

Keywords | *Primary Health Care; Access; Absenteeism of health users*

RESUMO | Introdução: O acesso universal e equânime em todos os níveis de assistência está na base do sistema de saúde brasileiro e se apresenta como importante condição para redução das desigualdades sociais na saúde e como um desafio a ser assegurado no cotidiano das práticas de saúde. À medida que existe a preocupação com a ampliação de serviços para garantir o acesso, sua subutilização revela um paradoxo. **Objetivo:** Analisar a incidência de absenteísmo dos usuários na Atenção Básica em um município do estado do Espírito Santo. **Métodos:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários do sistema de informação da Secretaria de Saúde do Município de Vila Velha, Espírito Santo, nos anos de 2014 e 2015. **Resultados:** Em 2014, foram agendadas 250.547 consultas e ocorreram 33.716 faltas de usuários, representando 13,45% de absenteísmo. Em 2015, foram agendadas 250.315 consultas, dessas 29.571 não ocorreram devido ao absenteísmo dos usuários, totalizando 11,81%. **Conclusão:** A relação entre os índices de não comparecimento dos usuários às consultas agendadas nos serviços de saúde e as características relacionadas ao rendimento da população e tipologia das Unidades de Saúde apontam para a relevância dessa temática e a importância de se aprofundar na complexidade causal, a fim de propor ações efetivas para reduzir o absenteísmo ou mitigar seus impactos negativos, assegurando o acesso universal ao Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave | Atenção Primária à Saúde; Acesso; Absenteísmo dos usuários da saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O acesso universal e equânime em todos os níveis de assistência está na base do sistema de saúde brasileiro e se apresenta como importante condição para redução das desigualdades sociais na saúde¹ e como um desafio a ser assegurado no cotidiano das práticas de saúde.

À medida que existe a preocupação com a ampliação de serviços para garantir o acesso, importante destacar que sua subutilização revela um paradoxo. Essa contradição lógica ou aparente falta denexo evidencia a necessidade de se aprofundar no diagnóstico do absenteísmo dos usuários nos serviços de saúde. A análise sobre a relevância dessas faltas dos usuários é considerada estratégica para melhorar a gestão dos serviços públicos de saúde.

O absenteísmo dos usuários no sistema de saúde configura-se numa realidade usual e, em determinadas circunstâncias, ocorre em grandes proporções, atingindo mais de 50% de faltas²⁻⁴.

Segundo o Dicionário Michaelis⁵, o termo “absenteísmo” significa o hábito de estar ausente da pátria ou do emprego, ou ainda, uma ausência premeditada. Nos assuntos relacionados à saúde, este termo é mais frequentemente utilizado para fazer referência à falta dos profissionais em seu ambiente de trabalho. Porém, observa-se, em estudos mais recentes, uma ampliação na aplicabilidade desse termo, estendendo-se também ao fenômeno das faltas dos usuários aos serviços de saúde⁴.

Uma análise preliminar de pesquisas sobre este tema evidencia que alguns trabalhos focalizam o absenteísmo voltado para o não comparecimento dos usuários aos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, destacando-se cirurgias eletivas, consultas e exames de média e alta complexidade e envolvendo principalmente a odontologia^{2-3; 6-8}.

Dados de pesquisas acadêmicas ou de relatórios de gestão afirmam que o índice de não comparecimento de usuários às consultas e exames agendados no Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se com um panorama preocupante, pois de forma geral este é sempre próximo ou superior a 25%^{4,8}.

A partir de informações em jornais e em outros meios de comunicação virtuais, Oleskovicz e colaboradores⁴ relataram que, em lugares como o Amazonas, ocorrem 37%

de faltas às consultas; no ABC Paulista e em Uberlândia, ocorrem 25% de faltas; na cidade de São Paulo, a espera por exames de ultrassom é de três meses, mas 40% das vagas ficam ociosas.

Outras pesquisas também ressaltam o absenteísmo dos usuários. Uma delas relata a ocorrência de 41,6% de faltas dos usuários encaminhados ao serviço de odontologia⁹. Em Florianópolis, pesquisadores identificaram o não comparecimento de 34,4% dos usuários encaminhados de uma unidade de saúde de para as consultas com especialistas², ao passo que em João Pessoa foi relatado 32,8% de faltas às consultas encaminhadas aos serviços de especialidades em 2009 e, 39,8%, em 2010, indicando uma tendência crescente desse fenômeno⁶. No Rio de Janeiro, outra pesquisa revelou 48,9% de não comparecimento às consultas em duas equipes de ESF⁷. No Espírito Santo, registros oficiais evidenciam que, em 2014, 40% do total de consultas e exames de média e alta complexidade ofertados mensalmente foram desperdiçados pelo não comparecimento¹⁰.

Diante desse fenômeno, este estudo tem como objetivo analisar a incidência de absenteísmo dos usuários na Atenção Básica em um município do estado do Espírito Santo.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários do sistema de informação da Secretaria de Saúde do Município de Vila Velha, Espírito Santo, nos anos de 2014 e 2015. A coleta de dados realizou-se em dois momentos, sendo uma realizada em fevereiro de 2015 e, outra, em fevereiro de 2016. Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada ‘Análise do acesso e absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde em um município do Espírito Santo’.

O município de Vila Velha possui 440.705 habitantes e sua organização político-administrativa do município compreende cinco Regiões Administrativas: Região I - Vila Velha Centro; Região II - Ibes; Região III - Aribiri/Argolas; Região IV - Cobilândia/São Torquato; Região V – Jucu¹¹.

O município possui em seu território 18 Unidades de Saúde (sendo nove Unidades com Estratégia Saúde da Família

(ESF) e outras nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de um Hospital Municipal, um Centro Municipal de Atenção Secundária, dois pronto-atendimentos, um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS¹¹.

As características das cinco regiões com relação à renda média, número e tipo de unidades de saúde e população são descritas no Tabela 1.

Destaca-se que a Região I apresenta a maior média do município e o maior número de habitantes (36% da população geral do município). A região II abrange 16,9% da população e apresenta o segundo maior rendimento do município. A região III possui a menor renda média de Vila Velha e abrange 16,7% da população. As regiões IV e V abarcam, respectivamente, 16% e 14,4% da população geral do município¹¹.

A análise dos dados foi realizada por meio de análises estatísticas descritivas, com cálculo de frequências

Tabela 1 - Características das regiões de saúde, segundo renda média, unidades de saúde e população adscrita

Região de Saúde	Renda Média	Tipos de Unidades	Unidades de Saúde	População Adscrita
I	R\$ 1.881,36	UBS Tradicional	Coqueiral de Itaparica	81.981
			Glória	91.374
II	R\$ 1.374,57	ESF	Araçás	16.968
			Ibes	18.286
			Jardim Colorado	10.023
			Vila nova	19.380
			Dom João Batista	26.316
III	R\$ 951,92	UBS Tradicional	Paul	15.531
			Santa Rita	26.658
			Vila Garrido	9.532
			Jardim Marilândia	36.688
IV	R\$ 1.107,24	UBS Tradicional	São Torquato	10.390
			Vale Encantado	12.853
V	R\$ 1.148,94	ESF	Barra do jucu	10.515
			Barramares	14.852
			Ponta da Fruta	8.543
			Terra Vermelha	18.236
			Ulisses Guimarães	12.579

Tabela 2 - Consultas anuais agendadas e absenteísmo dos usuários ocorridos nos anos de 2014 e 2015 segundo a região, unidades de saúde e população adscrita

Região de Saúde	Unidades de Saúde	Consultas agendadas		Absenteísmo	
		Ano 2014	Ano 2015	Ano 2014	Ano 2015
I	Coqueiral de Itaparica	24.601	21.521	4.972 (20,21%)	3.346 (15,54%)
	Glória	55.315	39.208	13.829 (25%)	8.253 (21,04%)
II	Araçás	16.724	16.045	593 (3,55%)	583 (3,54%)
	Ibes	-	8.369	-	1.684 (20,12%)
	Jardim Colorado	1.778	3.656	234 (13,16%)	118 (3,23%)
	Vila Nova	-	6.120	-	272 (4,44%)
III	Dom João Batista	24.907	24.944	1.010 (4%)	1.735 (6,95%)
	Paul	17.361	17.625	1.495 (8,61%)	1.958 (11,11%)
	Santa Rita	19.153	19.070	339 (1,77%)	265 (1,39%)
	Vila Garrido	5.852	8.017	795 (13,59%)	395 (4,93%)
IV	Jardim Marilândia	29.438	32.564	5.123 (17,4%)	5.841 (17,94%)
	São Torquato	16.895	18.780	2.127 (12,59%)	3.916 (20,85%)
	Vale Encantado	18.222	14.317	2.114 (11,6%)	396 (2,77%)
V	Barra do Jucu	850	-	185 (21,76%)	-
	Barramares	-	-	-	-
	Ponta da Fruta	6.849	5.920	313 (4,57%)	124 (2,1%)
	Terra Vermelha	11.717	13.943	459 (3,92%)	601 (4,31%)
	Ulisses Guimarães	885	216	128 (14,46%)	84 (38,89%)
Total		250.547	250.315	33.716 (13,45%)	29.571 (11,81%)

absoluta e relativa, utilizando o *software Microsoft Excel*, versão 2010.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Veiga de Almeida e aprovado sob o parecer nº 876.415, em 18/11/2014.

RESULTADOS |

Com relação ao número total de consultas e absenteísmo por ano, nas Unidades de Saúde, no município de Vila Velha, em 2014, foram agendadas 250.547 consultas e ocorreram 33.716 faltas de usuários, representando 13,45% de absenteísmo. Em 2015, foram agendadas

250.315 consultas, dessas 29.571 não ocorreram devido ao absenteísmo dos usuários, totalizando 11,81% (Tabela 2).

De acordo com a Região de Saúde, em 2014, as Unidades de Saúde da Região I apresentaram maior percentual de faltas, com 23,5% do total de agendamentos; seguidas pelas unidades da região IV, com 14,5% de faltas; da região III, com 5,4%; região V, com 5,34%; e Região II, com 4,46%.

As regiões que apresentaram maior número de absenteísmo dos usuários às consultas, no ano de 2015, foram novamente as Regiões I e IV, com 19% e 15,4%, respectivamente. A Região II apresentou 7,8% de absenteísmo, a Região III apresentou 6,2% e a Região V apresentou 4% de absenteísmo.

Com relação às disparidades entre as unidades das regiões de saúde, percebe-se que a maior incidência de absenteísmo ocorreu na unidade da Glória, localizada na Região I (que possui a maior renda média do município), com 25% de absenteísmo em 2014 e 21,04% em 2015. Em contrapartida, a menor incidência de absenteísmo no município ocorreu na unidade de Santa Rita, com 1,77%, em 2014, e 1,39%, em 2015, localizada na Região III, cuja renda média é a menor do município.

Chama a atenção o fato de as duas unidades da Região I apresentarem uma taxa de absenteísmo acima de 15% ao ano, ou seja, maior do que a média do município nos dois anos estudados. Cabe salientar que, juntas, as duas unidades dessa região (que são unidades básicas de saúde do modelo tradicional) possuem população adscrita de 173.355 habitantes, o que representa mais de 1/3 dos habitantes do município (35,8%).

Ao comparar os dois anos estudados, observa-se que houve redução de 12,5% de consultas agendadas em Coqueiral de Itaparica e redução de 29,1%, na Glória. No entanto, as taxas de absenteísmo não acompanharam esta proporção, apresentando redução de menos de 5% entre os anos de 2014 e 2015.

Diferentemente do que ocorre na Região I, cuja renda média é a maior do município, a Região III possui a menor renda média e, no entanto, apresentou taxa de absenteísmo de 5,4%, em 2014, e 6,2%, em 2015.

Vale destacar que, no período entre 2014 e 2015, o número de agendamentos nas unidades da Região III (que também

são unidades básicas de saúde do modelo tradicional) aproxima-se do número da população adscrita, sendo que, na Unidade de Paul, os agendamentos anuais ultrapassam os números da própria população.

Ainda neste contexto, duas das três Unidades de Saúde da Região IV realizaram agendamento de consultas por ano superior ao número da população adscrita em seu território.

As Regiões I, III e IV, que compreendem as Unidades Básicas de Saúde do modelo tradicional, apresentaram maior taxa de absenteísmo quando comparadas às Regiões II e V, cujo território é atendido por Unidades de Saúde com ESF.

DISCUSSÃO |

O presente estudo revelou uma incidência de absenteísmo nas unidades básicas do município de Vila Velha, no período de 2014 a 2015, abaixo da encontrada na literatura, e evidenciou que a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde no município estudado variaram de acordo com a renda média e a tipologia das Unidades das Regiões de Saúde. Ressalta-se que a maioria das pesquisas publicadas sobre as faltas de usuários focalizam os serviços de especialidades, destacando-se as cirurgias eletivas, consultas e exames de média e alta complexidade e envolvendo principalmente a odontologia^{2-3; 6-9}.

O termo acessibilidade relaciona-se a um conjunto de características da oferta de serviços que facilitam ou dificultam o uso por usuários em potencial, ou seja, a capacidade do usuário em obter o cuidado quando necessário, de forma fácil e conveniente, podendo levar a situações de desajuste entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços¹². De acordo com Thiede, Akewengo e McIntyre¹³, o acesso aos serviços de saúde é composto por três dimensões inter-relacionadas: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade. Atualmente, as principais características do acesso à saúde podem ser englobadas em quatro dimensões, sendo a disponibilidade e o poder de pagamento as duas mais tangíveis, e a aceitabilidade e a informação as outras duas menos tangíveis¹⁴.

Nas Regiões de Saúde, em ambos os períodos do estudo, as maiores incidências de absenteísmo do município ocorreram

nas Unidades de Saúde da Região I, a qual possui a maior renda média do município de Vila Velha. Nesta região, a maior incidência de falta às consultas agendadas ocorreu na Unidade da Glória, que abrange o maior percentual da população geral do município. Cabe salientar que, juntas, as duas Unidades desta Região (que são Unidades Básicas de Saúde, no modelo tradicional) possuem população adscrita de 173.355 habitantes, o que representa mais de 1/3 dos habitantes do município (35,8%). Em contrapartida, a menor incidência de absenteísmo no município ocorreu na unidade de Santa Rita, localizada na Região III, cuja renda média é a menor do município.

A necessidade de saúde é o principal determinante do uso dos serviços de saúde, porém ela não é homogênea entre os grupos sociais¹. A correlação direta da maior incidência do absenteísmo com as Unidades de Saúde da Região que apresentam o maior rendimento do município expressa a maior capacidade aquisitiva do usuário para incorrer com os custos diretos e/ou indiretos envolvidos na utilização dos serviços, e sugere uma menor necessidade de acesso desta população aos serviços das Unidades de Saúde, provavelmente relacionada à disponibilidade de outros serviços de saúde específicos ao alcance dos usuários.

A disponibilidade compreende um conjunto fatores, tais como: localização geográfica, ou seja, a distância entre os serviços e os usuários e suas opções de transporte; horário de funcionamento, em relação à disponibilidade de cuidado no momento adequado; sistemas de marcação; transporte para a realização de consultas domiciliares; e natureza e extensão da oferta de serviços em comparação às necessidades de saúde da população¹³. A redução da oferta de consultas na Região I, no período estudado, aliada à existência do Pronto Atendimento (PA) da Glória, localizado geograficamente nas proximidades da Unidade de Saúde da Glória, também pode estar contribuindo para a menor utilização dos serviços das Unidades da Região I.

Além disso, o horário limitado de funcionamento das Unidades de Saúde dificulta a utilização desses serviços. Assim, a maior flexibilidade no horário de atendimento do PA da Glória significa ampliação da oferta de serviços e atendimento às necessidades de saúde, podendo ter influenciado os maiores índices de faltas dos usuários nos serviços de saúde da Região I.

A menor capacidade de mobilizar recursos financeiros, caso sejam requeridos para o atendimento de suas

necessidades de saúde, pode estar induzindo à maior utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido, a existência de barreiras financeiras precisa ser considerada na análise do menor absenteísmo nas Unidades de Saúde da Região que apresentam o menor rendimento do município, como a unidade de Santa Rita, localizada numa região de grande vulnerabilidade social. Nesse contexto, a disponibilidade de serviços de saúde tem um papel fundamental na transformação das demandas de saúde em utilização dos serviços de saúde, sendo considerado um fator capacitante para a redução das desigualdades nas chances de utilização¹.

Outro fator capaz de influenciar a maior utilização dos serviços de saúde diz respeito à aceitabilidade, que se conecta aos fatores subjetivos, culturais e sociais que influenciam a avaliação dos indivíduos sobre os serviços de saúde, e que sofrem influência de vários fatores, como idade, sexo, etnia, linguagem, crenças, cultura e condição socioeconômica. A aceitabilidade relaciona-se às expectativas dos pacientes sobre a organização do serviço, aceitação quanto ao cuidado prestado, ao respeito no atendimento, na escuta às suas queixas, com sua compreensão das explicações médicas sobre seu estado de saúde e na possibilidade de discussão das alternativas de cuidado¹³. Com esse entendimento, é possível inferir que o menor absenteísmo dos usuários da Região III, em especial da Unidade de Santa Rita, expressa uma maior interação entre a equipe de saúde e os usuários e adequação da capacidade do serviço às expectativas dos usuários.

A percepção dos usuários sobre o que é ofertado por esse serviço influencia a utilização dos serviços. Essa percepção nem sempre se dá de forma objetiva, pois parte do pressuposto de que os usuários empregam suas próprias significações simbólicas, que são utilizadas para criar expectativas sobre a capacidade da organização do serviço de resolver suas necessidades de saúde¹⁵. Importante ressaltar que essas expectativas também são influenciadas por experiências anteriores com os serviços de saúde.

Mais uma questão possivelmente relacionada ao menor índice de absenteísmo na Unidade de Santa Rita, com relação às outras Unidades de Saúde da Região III, está na disponibilidade dos serviços para os potenciais usuários desta Região. A Unidade de Saúde de Vila Garrido, por exemplo, localiza-se numa região de difícil acesso geográfico, podendo estar ocasionando uma menor utilização desses serviços de saúde com relação aos outros serviços da Região.

Outro importante resultado que se destaca neste trabalho é a maior incidência de absenteísmo encontrada nas Regiões I, III e IV, que compreendem as Unidades Básicas de Saúde do modelo tradicional, quando comparadas às Regiões II e V, cujo território é atendido por Unidades de Saúde com ESF.

O acesso é a melhor categoria para avaliação da vivência concreta do direito à saúde¹⁶. Para além da disponibilidade do recurso, em local e tempo adequados, seu entendimento aponta para uma relação entre as características do recurso e as características da população, que pode facilitar ou dificultar o uso de um dado serviço de saúde. O fato de que as Regiões II e V serem constituídas por unidades com ESF e terem apresentado menor taxa de absenteísmo aponta para o importante papel dos profissionais que atuam na ESF, no diálogo e no acolhimento às demandas e no desenvolvimento de vínculo com a população adscrita.

Segundo Merhy¹⁷, o processo de trabalho em saúde capaz de gerar o cuidado depende inteiramente da relação entre os sujeitos, e é, a partir desses encontros, que surgem as possibilidades de se construir uma interação que possa ter impactos positivos nos problemas de saúde, gerando vínculo, envolvimento e coparticipação entre os envolvidos. Nesse contexto, a informação é considerada um importante determinante do acesso e da qualidade do sistema de saúde¹³.

Ainda como especificidade da ESF, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) na composição da equipe de saúde. Entre as atribuições dos ACS estão a adscrição e o cadastramento das famílias do território, orientação quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população e o contato permanente com as famílias¹⁸. A existência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Região e suas atribuições definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) podem ser traduzidas como um diferencial na qualidade do vínculo entre a população adscrita e a equipe de saúde, o que poderia estar diretamente ligado à menor incidência de absenteísmo nas Regiões com ESF quando comparadas às demais regiões sem ESF.

Por fim, é importante ressaltar que, das dezoito Unidades de Saúde, três Unidades (sendo duas da Região II e uma da Região V) não apresentavam dados disponíveis em 2014. Tal fato deu-se por dificuldades operacionais de

instalação do sistema de informação nessas unidades, que realizavam o agendamento de forma manual. Essas questões abrem espaço para questionar o aparente aumento no absenteísmo dos usuários no período estudado na Região II. Além disso, em 2015, duas unidades da Região V não apresentavam registros no sistema, e uma delas ainda apresenta dificuldades operacionais na instalação do sistema e a outra retornou à marcação manual por falta de quantitativo de pessoal habilitado a operar o sistema de marcação na unidade de saúde. Vale ressaltar que, devido à indisponibilidade na coleta desses dados (descritos na Tabela 2), a percentagem de faltas nas consultas pode estar superestimada.

CONCLUSÃO |

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram a relação entre os índices de não comparecimento dos usuários às consultas agendadas nos serviços de saúde e as características relacionadas ao rendimento da população e tipologia das Unidades de Saúde e apontam para a relevância dessa temática e a importância de se aprofundar na complexidade causal, a fim de propor ações efetivas para reduzir o absenteísmo ou mitigar seus impactos negativos, assegurando o acesso universal ao Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS |

1. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(2):325-30.
2. Bender AS, Molina LR, Mello, ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Rev Espaço para a Saúde*. 2010; 11(2):56-65.
3. Melo ACBV, Braga CC, Forte FDS. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2011; 15(3):309-18.
4. Oleskovicz M, Oliva FL, Grisi CCH, Lima AC, Custódio I. Técnica de *overbooking* no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(5):1009-17.

5. Michaelis Moderno dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 1998.
6. Cavalcanti RP, Cavalcanti JTM, Serrano RMSM, Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistemas de saúde pública: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa - PB, Brasil. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2013; 7(2):63-84.
7. Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manginhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014; 9(32):235-41.
8. Dalri L. Absenteísmo de pacientes nos serviços de referência de especialidades odontológicas em Florianópolis, SC. Monografia [Graduação em Odontologia]. Florianópolis: UFSC; 2014.
9. Jandrey CM, Drehmer TM. Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do módulo de serviço comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) – UFRGS. Porto Alegre: UFRGS; 1999. p. 24.
10. Secretaria de Estado da Saúde [Internet]. 40% das consultas e exames especializados são desperdiçados porque paciente falta [acesso em 20 ago 2014]. Disponível em: URL: <<http://saude.es.gov.br/saude-40-das-consultas-e-exames-especializado>>.
11. Brasil. Espírito Santo. Vila Velha. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017. Vila Velha: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.
12. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University; 1973. p. 418-85.
13. Thiede M, Akewengo P, McIntyre D. Exploring the dimensions of access. In: McIntyre D, Mooney G. *The economics of health equity*. Cambridge: Cambridge University; 2007. p. 103-47.
14. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; 31(3):260-8.
15. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005.
16. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
17. Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Correspondência para/ Reprint request to:

Flavio Igenes Tristão

Avenida Antônio Gil Veloso, 2.600, apt. 104,

Itapoã, Vila Velha/ES, Brasil

CEP: 29101-735

Tel.: (27) 99968-7292

E-mail: flaviotristao@botmail.com

Submetido em: 13/01/2016

Aceito em: 24/03/2016