

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa

Factors that affect first contact access in the primary health care: integrative review

Factores que influyen en el acceso de primer contacto en la atención primaria de salud: revisión integradora

Cristiane Cardoso de Paula¹, Clarissa Bohrer da Silva², Taís Tasqueto Tassinari³, Stela Maris de Mello Padoin⁴

ABSTRACT

Objective: to identify the evidence available in scientific articles about the factors involved in the access of first contact of the Primary Health Care (APS). **Method:** integrative review developed in LILACS, Scopus and PubMed database using the keywords “primary health care” and “access to health services”. There were 41 articles in full. **Results:** the results showed that there are factors that favor or disfavor the components of the access attribute of first contact, that is, aspects of structure and performance. **Conclusion:** to identify factors that interfere with access to APS, it aims to guide the formulation of policies for better performance of health systems. **Descriptors:** Primary health care, Health services accessibility, Nursing.

RESUMO

Objetivo: identificar as evidências disponíveis nos artigos científicos acerca dos fatores que interferem no atributo acesso de primeiro contato do usuário na Atenção Primária à Saúde (APS). **Método:** revisão integrativa desenvolvida nas bases de dados LILACS, PubMed e Scopus com os descritores “atenção primária a saúde” and “acesso aos serviços de saúde”. Resultaram 41 artigos na íntegra. **Resultados:** Evidenciou-se que existem fatores que favorecem ou desfavorecem os componentes do atributo acesso de primeiro contato, ou seja, os aspectos de estrutura e de desempenho. **Conclusão:** ao identificar os fatores que interferem no acesso à APS, visa-se orientar a formulação de políticas para um melhor desempenho dos sistemas de saúde. **Descritores:** Atenção primária à saúde, Acesso aos serviços de saúde, Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: identificar la evidencia de los artículos científicos disponibles acerca de los factores que intervienen en el atributo de acceso del primer contacto de Atención Primaria de Salud (APS). **Método:** revisión integradora desarrollada en las bases de datos LILACS, Scopus y PubMed usando las palabras clave “de atención primaria de la salud” y “acceso a servicios de salud”. Resultaron 41 artículos en su totalidad. **Resultados:** los resultados mostraron que hay factores que favorecen o desfavorecen los componentes del atributo de acceso del primer contacto, es decir, los aspectos de la estructura y el rendimiento. **Conclusión:** para identificar los factores que interfieren en el acceso a la APS, se tiene como objetivo orientar la formulación de políticas para mejorar el rendimiento de los sistemas de salud. **Descriptor:** Atención primaria de salud, Accesibilidad a los servicios de salud, Enfermería.

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, RS, BR. E-mail: cris_depaula1@hotmail.com 2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, BR. Bolsista CAPES. E-mail: clabohrer@gmail.com 3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: taistasquetotassinari@gmail.com 4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, RS, BR. E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a porta de entrada do sistema de saúde. Estima-se que os serviços que compõem a APS sejam acessíveis e resolutivos em face às demandas de saúde dos usuários.¹⁻³

O acesso é um atributo da APS o qual se caracteriza por ter um serviço como porta de entrada a cada novo problema de saúde ou novo episódio do mesmo problema. O primeiro contato definido como porta de entrada se refere à identificação de determinado serviço como o primeiro recurso utilizado pela população quando há uma necessidade de saúde. Pressupõe que o sistema de saúde esteja organizado a partir do serviço de menor densidade tecnológica e que este seja de fácil acesso à comunidade adscrita.²

Este atributo possui um componente de estrutura (acessibilidade) e outro de desempenho (utilização ou acesso). A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem ao serviço de saúde, integrando aspectos geográficos, financeiros e organizacionais, de modo a favorecer a oferta de serviços, bem como a capacidade de produzir e responder às necessidades da população. A utilização ou acesso refere-se à forma como as pessoas percebem a acessibilidade e o uso oportuno dos serviços para alcançar melhores resultados em saúde, não sendo restrito apenas à entrada ao serviço. Considera os aspectos sociais, culturais, econômicos e psicológicos que afetam a decisão de procura pelo serviço.²

Os benefícios de um acesso de primeiro contato são: a redução da morbidade e mortalidade, de internação hospitalar, de tempo para a resolução do problema de saúde, de encaminhamentos desnecessários a especialistas e de custos totais. Resulta no uso eficiente de recursos, na atenção apropriada às necessidades e em melhores resultados em saúde. Destaca-se que essa não é uma característica exclusiva da APS, entretanto, é um dos requisitos para este serviço ser reconhecido como porta de entrada, facilitando o acesso à atenção à saúde.^{2,4}

Justifica-se a necessidade de uma busca por subsídios que acrescentem elementos para o aprimoramento da atenção à saúde por meio deste atributo, visto que o uso efetivo dos serviços de APS resulta de uma multiplicidade de fatores individuais, contextuais e relativos à qualidade do cuidado prestado.⁵⁻⁶ O objetivo deste estudo de revisão foi identificar as evidências disponíveis nos artigos científicos acerca dos fatores que interferem no atributo acesso de primeiro contato do usuário na APS.

MÉTODO

Estudo de revisão integrativa da literatura⁷ a partir da questão de pesquisa: quais os fatores que interferem no acesso de primeiro contato do usuário no serviço de atenção primária a saúde? A busca foi desenvolvida em maio de 2013 na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Public MEDLINE (PubMed) e SciVerse Scopus (Scopus). Foram utilizados os descritores/*MeSH Terms* "atenção primária a saúde" and "acesso aos serviços de saúde".

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa na temática; disponíveis na íntegra *online* e gratuitamente; nos idiomas português, inglês ou espanhol. E como critérios de exclusão: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Nas bases PubMed e Scopus, foram utilizadas as ferramentas de filtro de busca disponíveis nos *sites*.

A busca totalizou em 8.597 produções, as quais foram selecionadas por meio da leitura dos títulos e resumos, sendo submetidas aos critérios de inclusão e exclusão. Resultaram 41 artigos na íntegra (Figura 1).

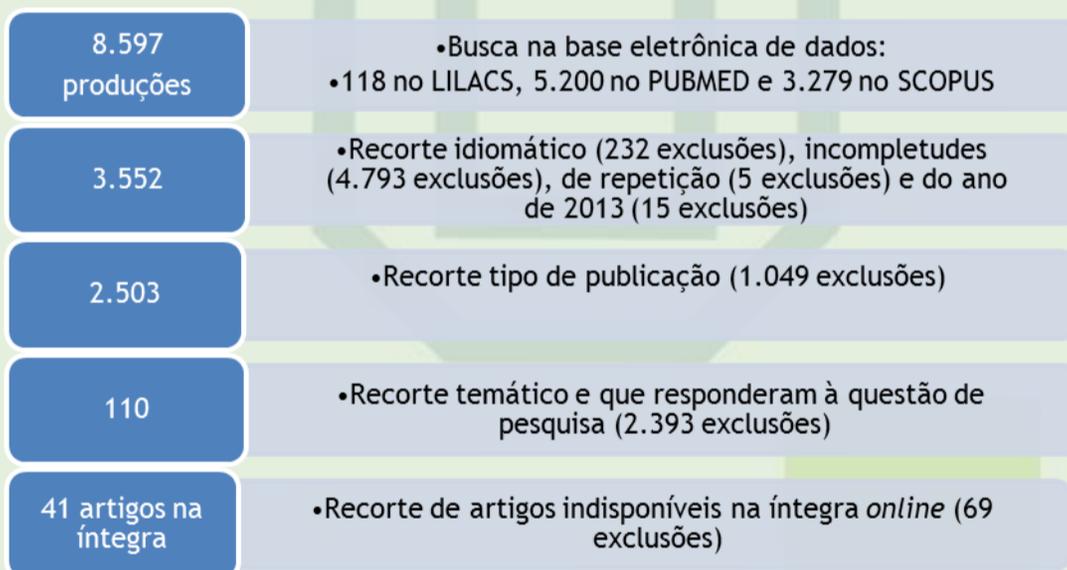


Figura 1 - Fluxograma de seleção de estudos nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS, 2013.

A leitura dos artigos foi realizada por dois pesquisadores de forma independente visando minimizar possível viés de seleção dos estudos (erro de interpretação dos resultados). Posterior à leitura, foi preenchida uma ficha de extração documental dos estudos selecionados com os seguintes itens: identificação do artigo, local do estudo, área do conhecimento, ano de publicação, objetivo e delineamento do estudo, nível de evidência e principais resultados.⁸

Realizou-se a análise descritiva dos dados de forma a possibilitar a avaliação da qualidade das evidências por meio dos sete níveis descritos por Melnyk e Fineout-Overholt.⁹

Esta revisão não analisou a organização política dos serviços de saúde de procedência dos estudos. Os estudos foram selecionados por apresentarem como local de coleta de

dados os serviços de APS, quais sejam: centros comunitários de saúde, “*general practice*”, atenção básica, atenção primária à saúde, saúde da família.

Os dados foram organizados segundo os aspectos da atenção do atributo acesso de primeiro contato (estrutura e desempenho) e os fatores identificados foram divididos segundo a sua interferência no atributo (favorecendo ou desfavorecendo). Essa divisão é meramente didática para apresentação dos dados. A caracterização dos estudos será apresentada na forma de frequências absoluta e relativa, destaca-se que foi realizada a distribuição quinquenal das produções.

No que se refere aos aspectos éticos, as ideias, os conceitos e as definições utilizados pelos autores dos artigos analisados foram apresentados de forma fidedigna, assim como descritos e citados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização dos 41 artigos analisados está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos artigos analisados. LILACS, PubMed e Scopus, 2014.

	N	%
Procedência		
Portugal	1	2
Finlândia	1	2
Nepal	1	2
Arábia Saudita	1	2
México	2	5
Reino Unido	3	7
EUA	3	7
Austrália	3	7
Nova Zelândia	3	7
Canadá	4	10
Brasil	19	49
Área do conhecimento		
Terapia Ocupacional	1	2
Odontologia	1	2
Medicina	4	10
Enfermagem	8	20
Multiprofissional	26	66
Ano de publicação		
1998-2002	4	10
2003-2007	6	15
2008-2012	31	75
Delineamento da pesquisa		
Quanti-qualitativo	1	2
Qualitativo	16	39
Quantitativo transversal	24	59
Nível de evidência		
6	41	100
Total:	41	100

A síntese de cada produção que responde à questão de pesquisa deste estudo está apresentada na Figura 1.

Figura 1 - Síntese de cada produção que responde à questão de pesquisa deste estudo, LILACS, PubMed e Scopus, 2013.

Referência	Objetivo	Método	Resultados
Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. ¹⁰	Descrever e analisar ações empreendidas em quatro centros urbanos para fortalecer a estratégia saúde da família (ESF) no Brasil.	Quali-quantitativo; P=61 gestores (quali) + 224 médicos e 261 Enfermeiros e 3.311 famílias (quanti).	Segundo gerentes e gestores, a principal estratégia para organização da porta de entrada nas ESF é o acolhimento, que busca articular o atendimento à demanda espontânea e às ações programadas. Em cada município, essa prática apresenta peculiaridades, considerando o grau de envolvimento, organização e recursos disponíveis às equipes. A expansão da ESF ampliou o acesso às ações de saúde a partir da conversão de unidades básicas tradicionais em unidades de saúde da família e pela construção de novos serviços, principalmente em áreas mais distantes e menos providas de recursos sociais. A definição de territórios de atuação diminuiu barreiras geográficas de acesso e contribuem para que os serviços se tornem de uso regular, ainda que o tradicional horário de funcionamento não tenha sido modificado pela implantação da ESF. A efetivação da APS como porta de entrada depende do ainda frágil equilíbrio entre atendimento da demanda espontânea e programada acesso à população cadastrada. Do ponto de vista das famílias, cerca de 15% relataram não conhecer a ESF, chegando a 30,0% em alguns municípios. O grau de tolerância para consultas não agendadas (função de pronto-atendimento) também foi avaliado como elemento que influencia a acessibilidade às USF. Outro indicador para avaliar a acessibilidade aos serviços de APS foi a facilidade para marcar consulta médica, foi verificada maior facilidade para consultas programadas se comparadas àquelas provenientes da demanda espontânea.
De Souza MLP, Garnelo L. ¹¹	Analisar os resultados de um estudo avaliativo, na cidade de Manaus, Estado do Amazonas, Brasil, sobre os cuidados primários de saúde para pacientes com hipertensão e / ou diabetes.	Abordagem etnográfica; P= uma unidade de PSF e em outra unidade básica de saúde não-PSF.	A implantação do PSF serviço representou uma extensão de cobertura que viabilizou a prestação de ações de saúde a uma população anteriormente excluída. Porém, a carência de outros meios de infraestrutura urbana compromete o acesso da clientela aos serviços ofertados na unidade PSF. As íngremes ladeiras de uma rua que sob a chuva fica enlameada é um obstáculo para acessar o atendimento. Soma-se a essa dificuldade a baixa cobertura do PSF no município, fazendo com que grandes áreas urbanas tenham como o único serviço de saúde disponível. Em consequência, além de penosas, as caminhadas podem ser longas. Já a unidade básica de saúde conta com arredores urbanizados, mas sua localização em área portuária, com tráfico de drogas e prostituição nos arredores também gera dificuldade de acesso à unidade. A unidade dista mais de um quilômetro do principal aglomerado de domicílios do bairro.

			<p>A inexistência de linha de ônibus que interligue as residências à unidade obriga os usuários a enfrentarem essa distância a pé. O atendimento feito essencialmente por meio da demanda espontânea e o afluxo de grande número de usuários de diversas origens geravam pressão de demanda, dificultando o acesso aos cuidados. A falta de pré-marcação exigia que os usuários saíssem de casa antes do amanhecer, expondo-se à violência urbana para chegar bem cedo à unidade de saúde e obter consulta. A dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade do sistema também compromete a efetividade do cuidado, sintetiza a inexistência de um sistema organizado de referência e expressa as dificuldades enfrentadas pelos pacientes em busca de acesso aos serviços e ao cuidado integral para suas necessidades de saúde.</p>
Regmi K, Naidoo J, Pilkington PA, Greer A. ¹²	Analisar e compreender o efeito da descentralização ao serviço de saúde do distrito a partir das perspectivas dos usuários e prestadores de serviços	Qualitativo; Grupos focais P= 20 usuários e 20 profissionais.	A descentralização foi positivamente associada com o aumento do acesso ao serviço e utilização e melhor prestação de serviços.
Vargas AMD, Ferreira EF, Mattos FF, Vasconcelos M, Drumond MM, Lucas SD. ¹³	Analisar o acesso aos serviços de saúde.	Qualitativa; Entrevistas e grupos focais. P=15 usuários	Situado em rua íngreme, portanto de difícil acessibilidade. Como agravante para os moradores não existe linha de ônibus que os conduza ao Centro de Saúde. A questão acessibilidade geográfica era um problema. Outra queixa dos usuários se refere ao descuido com o local onde se localiza a unidade, com um “matagal na entrada”, revelando descaso com a população. Todos os moradores participantes da pesquisa revelaram conhecer bem o funcionamento e as estratégias de acesso aos serviços de saúde. Eles sabem que são cadastrados pelo PSF através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e que pertencem a determinadas equipes. Considera-se que a acessibilidade de parte desses usuários também está comprometida, considerando o enfoque cultural (a inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população) e, certamente, o econômico, já que os serviços existentes não se encontram disponíveis para todos os moradores, implicando em desigualdades claras e incompreensíveis para a população. Compreendeu-se, também, que se tratava de uma questão complexa e que o acesso estava definido por acordos políticos, difíceis de serem modificados.
Souza CCBX, Rocha EF. ¹⁴	Conhecer as vivências de usuários com deficiências e familiares ao utilizarem o serviço de reabilitação deste programa, e compreender como avaliam o acesso que têm ao mesmo, levando em conta diferentes discursos, posições sociais, e origens culturais, por meio de	Qualitativo; P = nove pessoas com deficiência e nove familiares de pessoas com deficiência.	Os entrevistados relataram os aspectos da acessibilidade arquitetônica e urbana, como fatores importantes na determinação da possibilidade de acessar os serviços de saúde, pois muitas pessoas com deficiência têm dificuldades de deslocamento nesses espaços. Especificamente em relação às condições estruturais das UBS, muitas

	entrevistas semiestruturadas e emprego de metodologia qualitativa.		têm rampas íngremes, escadas, corredores estreitos, ausência de banheiros adaptados, entre outros problemas arquitetônicos, que dificultam a circulação de pessoas com mobilidade reduzida. O entorno das UBS possui degraus, buracos nos pisos, e presença de outras barreiras ao acesso. As relações entre usuários, cuidadores e profissionais também condicionam o acesso ao serviço. Os depoimentos demonstram que a presença de reabilitação no PSF aproxima de forma significativa os profissionais dos usuários e comunidade. Outro fator relacional que interfere no acesso é a existência ou não de um cuidador que possa acompanhar a pessoa com deficiência nos atendimentos de saúde. Esse fator não está relacionado diretamente com os profissionais das UBS, no entanto, modalidades alternativas de assistência, como atendimento domiciliar pode resolver em parte esse problema. Assim, o fato de haver um serviço domiciliar de reabilitação é considerado como um facilitador, pois não restringe o direito à assistência àqueles que se deslocam de forma independente. Também são necessárias políticas públicas que democratizem o acesso aos equipamentos de ajuda, como cadeiras de rodas novas e eficientes, mais transporte urbano adaptado e que possibilitem a existência de cuidadores sociais, de acordo com as necessidades de cada usuário/território.
Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. ¹⁵	Avaliar processos de integralidade em unidades de APS localizadas no Município de São Paulo, sob o ponto de vista dos usuários dos serviços	Quantitativo Transversal; P= 184 usuários.	Os resultados apontaram para as dificuldades de acesso aos serviços de APS. Chama a atenção a dificuldade, nos dois modelos de atenção, de obtenção de consulta, e principalmente de consulta em 24 horas. É interessante destacar que uma das questões relativas à acessibilidade - encontrar a unidade aberta após as 18 horas - ocorreu mais entre os usuários vinculados ao ESF. Provavelmente as ESF já estão organizadas para oferecerem maior flexibilidade de horário que as unidades que operam no modelo da Programação e Saúde.
De Souza ECF, De Vilar RLA, Rocha NDSPD, Uchoa ADC, Rocha PDM. ¹⁶	Avaliar o acesso aos cuidados primários de saúde e a receptividade do ponto de vista dos pacientes e profissionais de saúde de unidades de cuidados primários tradicionais e unidades de saúde da família	Qualitativo; P= seis grupos focais com, em média, quinze participantes cada.	Constatou-se que ainda existem muitas dificuldades de acessibilidade e acesso devido à desproporção entre demanda e oferta de serviços. Na unidade de saúde da família, os usuários reconheceram fatores facilitadores, como marcação de alguns atendimentos pelo agente comunitário de saúde. Entretanto, como a equipe prioriza o agendamento para usuários vinculados a ações programáticas, parte da clientela fica dependente de vagas e, devido à grande demanda, persistem filas e insatisfação, na medida em que os problemas que chegam na unidade sequer são resolvidos. Os profissionais emitiram opiniões semelhantes às dos usuários, destacando a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico, apontando número limitado de equipes e a baixa

			<p>cobertura do programa. A dificuldade de acessibilidade na unidade básica de saúde deveu-se à grande demanda, predominantemente espontânea, e expressa sofrimento para profissionais e usuários. Outro fator que interfere no acesso foi a insuficiência de equipamentos. Na unidade de saúde da família, os usuários mostraram-se descontentes com o agendamento da unidade e a acolhida na recepção. Para os profissionais, o acolhimento aparece como um elemento importante para organizar a demanda e o processo de trabalho, mas exige muito esforço e dedicação profissional. A pressão dos usuários pelo atendimento imediato e a recusa de ser acolhido por outro profissional, a exemplo do auxiliar ou enfermeiro, antes de chegar ao médico, refletiu-se na equipe como estresse, cansaço e busca por solução. Declararam a existência de condições desfavoráveis para a realização de acolhimento, como a grande demanda e a sobrecarga de trabalho. Relataram diferenças no modo como são tratados na unidade pelos diferentes profissionais e reivindicaram um bom atendimento como direito. As limitações para o acesso evidenciaram filas e insatisfações, em que parte da população não consegue ser atendida nas suas necessidades.</p>
Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. ¹⁷	Avaliar fatores associados à assistência domiciliar recebida pela população idosa e suas características, segundo modelos de atenção Estratégia Saúde da Família e modelo tradicional.	Quantitativo transversal P= 1.593 indivíduos	A assistência domiciliar possibilitou o acesso ao cuidado, reafirmando a importância desta no atendimento à população incapacitada de se deslocar aos serviços de saúde.
Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. ¹⁸	Analisar a implementação de medidas voltadas para a acessibilidade aos cuidados de saúde primários em um município	Estudo de caso único em um município do estado da Bahia.	Por outro lado, na análise da <i>organização dos serviços</i> , persistiam problemas de acessibilidade tanto em relação às características do atendimento quanto pela existência de barreiras organizacionais e geográficas. Parte desses resultados está relacionada às características do atendimento nas unidades estudadas, com a ausência de ações voltadas para o acolhimento, a não utilização de lista de espera para a substituição dos faltosos e a fragilidade do sistema de referência e contra referência, além das distâncias geográficas entre essas unidades e a residência dos usuários. O sistema de marcação de consultas revelou-se como um obstáculo à utilização dos serviços. Na ESF a marcação de consultas para a demanda espontânea era realizada apenas através da solicitação dos ACS, e a partir da triagem/acolhimento. Já nas UBS, havia marcação diária, contudo, em uma, era possível marcar diariamente sem restrições de horário, e, em outra, apenas em horários específicos, no início de cada turno. A existência de práticas voltadas para o <i>acolhimento</i> só foi referida pelos profissionais das USFs, e ainda assim, fortemente relacionadas ao processo de triagem administrativa, utilizada para priorizar os usuários oriundos da demanda espontânea. A abertura das

			<p>unidades básicas em horário noturno poderia facilitar o uso por parte de trabalhadores, devido à incompatibilidade entre o horário de funcionamento e o trabalho. Contudo, na prática, o terceiro turno não funciona conforme previsto. Nas UBS, o terceiro turno correspondia ao horário das 17h às 21h. Foi observado que o início do horário de atendimento sofria a influência do profissional que estava atendendo, podendo variar. Usuários das diversas áreas revelaram que, quando precisavam se deslocar para a região central do município para outros procedimentos, faziam os percursos a pé inúmeras vezes, devido à falta de recursos financeiros para o transporte.</p>
Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. ¹⁹	Discutir como os usuários percebem o acesso às unidades básicas de saúde por meio do acolhimento.	Qualitativo; P= 30 usuários.	De acordo com as percepções dos usuários, que fazem referência à importância do acesso por meio do acolhimento como garantia do atendimento, outros aspectos também foram referidos como escuta às queixas, presença de instrumentos que favoreçam o atendimento e classificação com grau de risco. O acesso por meio do acolhimento deve ser sentido, vivido e integrado ao cotidiano das unidades de saúde.
Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, Takala J, Kumpusalo E. ²⁰	Estudar a opinião das pessoas sobre a acessibilidade e continuidade de cuidados médicos primários prestados por fornecedores diferentes: um centro público primário de saúde (PPHC), profissionais de saúde (OHC) e uma prática privada (PP)	Quantitativo Transversal; P= 6437 usuários.	Houve uma tendência de agravamento do acesso aos cuidados de todos os provedores quando o número de doenças crônicas aumentou. Pessoas que vivem em municípios com um sistema médico pessoal para o público centro de saúde percebido o acesso aos cuidados como ligeiramente melhor do que aqueles que não têm acesso a um sistema médico pessoal. Sofrendo de doenças crônicas foi inversamente associado com bom acesso a um médico. Estar desempregado ou aposentado foi associado com bons acessos. O envolvimento com a sistema médico pessoal estava relacionada com bons acessos e, especialmente, para a boa continuidade.
Ludeke M, Puni R, Cook L, Pasene M, Abel G, Sopoaga F. ²¹	Identificar as principais características serviços de clínica geral em Christchurch, Nova Zelândia, que agem como barreiras para o acesso a esses serviços para os povos do Pacífico.	Qualitativo; P= 20 participantes.	A análise revelou temas que destacam as características dos serviços que podem influenciar o acesso aos cuidados primários. Muitos pacientes encontravam comunicação difícil durante as consultas, não apenas para aqueles com pouca proficiência em Inglês, mas também foi atribuído à terminologia médica usada que podem contribuir para sentimentos de intimidação e/ou inferioridade. O horário de funcionamento limitado e os sistemas de agendamento inflexíveis eram comumente vistos como barreiras para cuidar. Obrigações de emprego foram frequentemente discutido como dificultar o acesso durante o horário comercial, e sugeriu-se que a extensão do horário de funcionamento iria melhorar a disponibilidade dos serviços para a população. Uma recepção hostil pela equipe do serviço foi vista como um problema de acesso significativo.
Lima WCMB,	Analisa o acesso aos serviços	Qualitativo;	O acesso é focalizado, ao restringir o

Assis MMA. ²²	no Programa Saúde da Família PSF de Alagoinhas (BA) na composição do modelo de atenção à saúde	P= 21 pessoas (10 profissionais, 5 usuários e 6 informantes chave).	atendimento público a determinados serviços ou programas. Quanto à universalização da atenção, traduz-se em um sistema segmentado; revelou os serviços no PSF, caracterizados em sua maioria por uma oferta restrita na porta de entrada - a recepção -, modulada por cartazes informativos sobre o número de vagas, por ordem de chegada e por dias específicos para o atendimento, a determinado grupo populacional, presença ou ausência do profissional e caracterizado por uma demanda espontânea, reprimida em suas necessidades de saúde. Uma das unidades de PSF pesquisada opera com o acolhimento, como forma de organizar o serviço, porém mantém o sistema de marcação de consultas para médico com um diferencial, pois o usuário "não precisa ir para a fila, pegar a ficha". A USF mantém um sistema de agendamento diário para consultas médicas, sempre priorizando os encaminhamentos dos ACS, por meio da escuta articulada com a demanda da comunidade.
Bernard D, Quine S, Kang M, Alperstein G, Usherwood T, Bennett D, et al. ²³	Explorar a extensão da congruência entre os pontos de vista de serviço prestadores de serviços e os jovens (no diz respeito a saúde, barreiras à acesso aos serviços de saúde e serviço ideal modelo), a fim de melhorar e aumentar a adequação, qualidade e uso de serviços de saúde primários.	Qualitativo; Grupos de focais P= 27 adolescentes.	Os jovens identificaram uma série de barreiras ao acesso a serviços, o mais importante eram as preocupações pessoais. Destes, confidencialidade e confiança foram de maior proeminência. Esta dificuldade inclui a divulgação de problemas de saúde que eram pessoais, medos em torno do que os profissionais podem dizer aos pais e professores, bem como as preocupações sobre ser visto ao acessar um serviço. Os jovens muitas vezes se sentiram vulneráveis ou envergonhados por precisarem de ajuda. Acreditam que seriam julgados negativamente pelos provedores. No entanto, alguns jovens que se soubessem um provedor e ter uma relação de confiança com eles seriam muito mais dispostos a serviços de acesso. Outra barreira citada foi a falta dos jovens de conhecimento da existência de serviços ou o que eles fornecem. Apenas um pequeno número de jovens mencionado questões estruturais sobre o funcionamento dos serviços, tais como horário de funcionamento, as listas de transporte inadequado, de custo e de espera. Perspectivas dos prestadores de serviços que foram barreiras estruturais representou o maior impedimento para o jovem que acessam cuidados de saúde. Estes horários incluídos, o acesso para sistemas de transporte público e agendamento, bem como a atitude de recepcionistas, assustadora/locais de serviços desagradáveis, localização e a idade de prestadores de serviços.
Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. ²⁴	Identificar atributos de organização clínica e prática do médico que preveem a acessibilidade, continuidade e coordenação do cuidado vivida pelos pacientes.	Quantitativo transversal; P= 100 médicos.	O mais importante preditor de primeiro contato acessibilidade estava oferecendo acesso telefônico aos pacientes 24 horas por dia, 7 dias por semana em centros comunitários de saúde em áreas remotas. Poderia atender aos níveis de acessibilidade esperados por ter uma enfermeira no local (0,12), oferecendo contínua serviço telefônico (0,30) e ajustar o

			agendamento de consultas para que os casos apropriados podem ser vistos dentro de 1 semana. Aumentar horário de funcionamento também aumentar o acesso. Melhorar as ligações com outros estabelecimentos de saúde também influencia positivamente acessibilidade (0,03 para cada estabelecimento).
Buetow S, Adair V, Coster G, Hight M, Gribben B, Mitchell E. ²⁵	Sugerir um quadro de conceituar como as diferenças na compreensão profissional e cultural da gestão de tempo de prática em Auckland, na Nova Zelândia, o acesso aos cuidados de influência GP para crianças com asma crônica.	Qualitativo; P= 11 mães de crianças com asma.	Essas barreiras de acesso ao GP, das quais nenhuma é específica para a asma, são: horário de abertura; sistemas de entrevistas tradicionais; intolerância prática de má manutenção de agendamentos; longo tempo de espera na prática, e compromimentos de consultas inadequadas. Horário de abertura restritos indica o tempo centrada na prática porque eles estão focados nas necessidades de pessoal prática. A maioria das mães disseram que iriam aumentar o uso de GP serviços se horas habituais práticas de abertura foram estendidos. Algumas práticas procuram atender a pedidos de nomeação no mesmo dia, outros são fortemente reservados no início de cada dia e conquistar uma parcela de sua agenda cheia para slots de emergência. Intolerância do serviço para agendamentos perdidos foi considerado uma barreira além do controle dos pacientes, tais como problemas com transporte e cuidado de crianças e falta de familiaridade com sistemas de entrevistas. Prática pessoal podem mostrar pouca tolerância para compromissos perdidos, limitando o acesso a cuidados de GP.
Wellstood K, Wilson K, Eyles J. ²⁶	Explorar, por meio de métodos de pesquisa qualitativa, na medida em que indivíduo e fatores de forma do sistema de acesso aos serviços de cuidados primários.	Qualitativo; P= 41 participantes	A barreira de acesso ao sistema mais citada foi o tempo de espera para consulta médica. A segunda barreira mais citada foi a localização geográfica dos centros médicos, especialmente para aqueles que não têm transporte privado. O terceiro sistema barreira mais citada para receber atendimento foi horário limitado de funcionamento em consultórios médicos de família, muitas vezes conflito com o horário de trabalho. As responsabilidades do trabalho foram o mais comumente mencionado barreira indivíduo. Em contraste, apenas mulheres descreveram as responsabilidades familiares como barreiras para cuidar.
Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. ²⁷	Identificar preditores de satisfação do paciente e experiência com o acesso a cuidados de saúde primário.	Quantitativo transversal; P= 1.999.523 questionários.	As pessoas mais jovens e as pessoas de etnia asiática, que trabalham em tempo integral, ou com longos tempos de deslocamento para o trabalho, relataram os menores níveis de satisfação e experiência de acesso. Para as pessoas no trabalho, a capacidade de se afastar para visitar o GP efetivamente eliminou a desvantagem no acesso. Práticas com uma proporção mais elevada de médico para paciente foram relatadas como sendo melhor em termos de acesso do telefone e da disponibilidade de compromissos dentro dos próximos dois dias.
Perry C, Thurston M, Killeym, Miller	Explorar o papel de uma enfermeira no atendimento primário, especialmente se a	Qualitativo; P= 14 pacientes.	Funcionários entrevistados comentaram que o serviço de enfermeira tinha aumentado acesso,

J. ²⁸	prestação de uma enfermeira facilitado o acesso aos cuidados que atendeu as necessidades dos pacientes.		por causa de sua presença, não tinha um aumento no total de número consultas disponíveis na prática, mas havia permitido que todos os clínicos para aumentar a comprimento de suas nomeações para 15 minutos. Além disso, o aumento do acesso foi falado em termos da variedade de vezes durante o dia em que a enfermeira estava disponível para consulta. Muitos pacientes sentiram que os GPs permaneceram com difícil acesso e percebeu que isso foi devido ao nível de demanda por seus serviços.
Anikeeva O, Katterl R, Bywood P. ²⁹	Avaliar as atividades desenvolvidas pelas divisões de clínica geral para melhorar o acesso indígenas australianos aos cuidados primários.	Quantitativo transversal; P= 86 divisões de clínica geral	As principais barreiras ao acesso são: os custos das consultas e medicação; a falta de conhecimento sobre os serviços; os serviços de transportes públicos inadequados; a dificuldade de acessibilidade aos serviços por transporte público; horários de funcionamento reduzidos; a falta de consciência cultural e sensibilidade no atendimento convencional; a identificação dos pacientes indígenas.
Crosson JC, Heisler M, Subramanian U, Swain B, Davis GJ, Lasser N, Ross S, et al. ³⁰	Avaliar suas percepções de barreiras dos pacientes para controle de fatores de risco de DCV.	Qualitativo; P= 34 médicos de cuidados primários.	Barreiras sistema relacionados ao acesso à assistência que afetam pacientes incluídos dificuldades em conseguir consultas e encaminhamentos, transporte, tempo, barreiras financeiras e confusão em torno requisitos de sistema para o acesso aos cuidados de saúde. Barreiras financeiras, tais como custos de medicação e interrupções na cobertura de seguro foram vistos como prevenir pacientes com diabetes de obter cuidados necessários. Interrupções Seguros afeta o tratamento porque é uma questão de acessibilidade ao sistema. Se as pessoas perdem o emprego, mudar de emprego ou mudar o seu seguro afeta a continuidade dos cuidados.
Trevena LJ, Simpson JM, Nutbeam D. ³¹	Examinar os padrões de utilização de serviços de saúde de uma população seriamente desfavorecida.	Quantitativo transversal; P= 140 indivíduos.	As dificuldades de acesso foram associadas com sem-abrigo (incluindo residentes de casa de embarque), a falta de transporte, má saúde autorrelatada, uma história da saúde mental doença ou câncer, a falta de conhecimento sobre saúde disponível serviços, participante constrangimento sobre a procura de cuidados de saúde, e não acreditar que seu problema seria resolvido. Pacientes eram mais propensos a deixar de apresentar para o acompanhamento se eles também constrangimento relatou sobre procurar aconselhamento (10%; P = 0,05), uma crença de que os seus problemas não seriam abordados (19 %, P = 0,05), a falta de confiança nos informou os profissionais de saúde (14 %, P = 0,04), e uma história de não saber onde procurar ajuda quando necessário (24 %, P = 0,05).
Copland RJ, Denny SJ, Robinson EM, Crengle S, Ameratunga S, Dixon R. ³²	Determinar a prevalência de autorrelato de gravidez entre estudantes do ensino médio com experiência sexual, e a associação entre gravidez na adolescência e de acesso aos cuidados de saúde primários.	Quantitativo transversal; P=96 estudantes.	Utilização dos serviços de saúde: estudantes que relataram gravidez tiveram duas vezes mais probabilidade de relatar problemas de acesso a cuidados de saúde. Uma das razões mais comuns para não acessar cuidados de saúde quando necessário foi a preocupação com a privacidade. Sem saber como ter acesso a cuidados de saúde e falta de

			transporte para chegar aos serviços de saúde foram barreiras adicionais. Ambas as razões foram notificadas mais entre aquelas que já tinham passado por uma gravidez.
Goodridge D, Hutchinson S, Wilson D, Ross C. ³³	Explorar o impacto de viver com o avançado da doença respiratória crônica em uma área rural.	Qualitativo interpretativo; P= 7 indivíduos.	Todos os participantes comentaram as longas distâncias como uma barreira ao acesso aos cuidados de saúde. Os desafios impostos por viajar longas distâncias significavam que a condução de um veículo foi extremamente importante para o acesso cuidados de saúde. A maioria dos participantes ainda dirigiu e foram orgulho de ser capaz de manter a sua independência. Táxis e transportes públicos não estavam amplamente disponíveis nesta área rural, apesar de um dos participantes tinha sido um motorista voluntário que levou as pessoas em torno de seu próprio local de comunidade para consultas. Aqueles que não têm acesso a tal serviço voluntário na sua comunidade ou que não podiam dirigir teve que esperar e dependem da boa vontade da família e amigos quando eles precisavam ter acesso a cuidados de saúde.
Scatena LM, Villa TC, Netto AR, Kritski AL, Figueiredo TM, Vendramini SH, et al. ³⁴	Avaliar as dificuldades de acesso para diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde no Brasil.	Quantitativo transversal; P= 514 pacientes.	As duas dimensões “locomção ao serviço de saúde” e “serviço de atendimento” compuseram os fatores que foram associados ao acesso ao diagnóstico de TB sendo composta pelas variáveis: gastou dinheiro com o transporte; procurou o serviço de saúde mais perto da sua casa; número de vezes que procurou o posto de saúde para conseguir consulta e conseguir consulta no prazo de 24 horas.
Arredondo A, Nájera P. ³⁵	Determinar os custos para os pacientes de procurar e receber cuidados de saúde em instituições públicas e privadas.	Quantitativa transversal; P= 50.943 indivíduos.	A acessibilidade também foi afetada pelo caráter urbano ou rural da comunidade de origem. O custo de transporte para a população rural era mais do que o dobro para a população urbana. Estes resultados são particularmente interessantes dado que as comunidades rurais têm o menor rendimento anual e sua saúde é colocada mais em risco por causa do acesso mais pobres aos cuidados de saúde e suas condições de vida em geral.
Carreira L, Rodrigues RA. ³⁶	Identificar as dificuldades vivenciadas pelas famílias de idosos em condição crônica e que buscam assistência na Unidade Básica de Saúde (UBS).	Qualitativo; P= oito famílias de idosos (29 pessoas).	A dificuldade de acesso à unidade básica de saúde também foi uma questão apresentada pelas famílias e idosos, tanto pelo distanciamento geográfico entre a residência e o serviço, como, também, pelo problema do transporte, que envolve desde não possuir meios de locomoção privados, dependendo, nestes casos, do transporte coletivo ou de ambulância, até as limitações físicas provenientes dos agravos à saúde do idoso. Nota-se ainda que o distanciamento geográfico pode ser agravado pela maneira como é feita a delimitação da área de abrangência de atuação de uma UBS, uma vez que nem sempre a residência da mesma pertence à área de atuação do serviço de saúde mais próximo. A dificuldade de conseguir consultas médicas na unidade básica de saúde foi outro problema mencionado pelas famílias. Evidencia-se que os idosos portadores

			de maiores necessidades de cuidados de saúde buscam atendimento em outros serviços em relação à unidade básica de saúde de referência, a qual sugere que a atenção básica não está preparada para prestar atendimento adequado a esta população.
Carvalho IE, de Mello, MB, Morais SS, Silva JLP. ³⁷	Analisar os fatores determinantes do acesso aos serviços de atenção primária antes da gravidez de adolescentes grávidas	Quantitativo transversal; P= 200 adolescentes primigestas (10 a 19 anos).	Barreiras administrativas como: a exigência por parte de alguns serviços de que a menor fosse acompanhada por um responsável e a exigência de documentos para agendar consulta. 37% das jovens tiveram dificuldades no acesso de natureza administrativa e no acesso à informação. Aproximadamente um terço delas (29,5%) foram identificadas como tendo maior dificuldade de acesso geográfico e 19,5% de acesso econômico. O acesso à informação mostrou associação significativa na análise bivariada com idade do parceiro, trabalho remunerado e o tipo de vínculo com o parceiro.
Reis DC, Kloos H, King C, Quites HFO, Matoso LF, Coelho KR, et al. ³⁸	Comparar a acessibilidade e a utilização do diagnóstico e tratamento da esquistossomose em uma pequena vila e arredores de área rural no norte do estado de Minas Gerais Brasil	Quantitativo transversal; P= 1.228 indivíduos.	A população rural tem relativamente menos acesso ao centro de saúde por causa da distância e do terreno montanhoso.
Reyes H, Tomé P, Gutiérrez G, Rodríguez L, Orozco M, Guiscafré H. ³⁹	Avaliar o acesso aos serviços de saúde e do processo de atendimento a crianças com menos de cinco anos de idade que morreu de diarreia aguda (DA).	Quantitativo transversal; P=553 mortes de crianças.	Barreiras de acesso geográfico e econômico foram identificadas em áreas rurais. É evidente a dificuldade de acesso aos serviços de saúde em comunidades com menos de 500 habitantes.
Rosa RB, Pelegrini AH, Lima MA. ⁴⁰	Analisar a visão dos usuários sobre a capacidade de resolução de problemas de atendimento na Unidade de Saúde da Família e sua relação com sua satisfação.	Quantitativa/ qualitativa; P= 93 usuários (quanti) + 22 usuários (quali).	Para alguns usuários as mudanças proporcionadas pelo serviço no estado de saúde estavam relacionadas basicamente à proximidade geográfica da UBS em relação ao domicílio, pois facilitava o acesso geográfico e a obtenção de consultas.
Paskulin LM, Valer DB, Vianna LA. ⁴¹	Descrever o uso e acesso geográfico dos idosos aos cuidados de saúde primários (CSP), em Porto Alegre (RS), e analisar a associação entre as variáveis de interesse para o estudo e acesso a APS.	Quantitativo transversal; P= 292 idosos.	Entre os motivos relatados para utilização dos serviços de atenção básica, destacam-se: localização próxima à residência (28,5%); considerarem um bom serviço (26,5%) e a gratuidade (22,9%). Houve associação significativa entre escolaridade e utilização de um SAB ($p<0,001$), na qual a maioria dos idosos analfabetos ou com primário incompleto (72,1%) utilizava um SAB, e os que possuíam ensino médio e superior não o utilizavam (74,0%). Observou-se ainda que a maioria (81,0%) se considerou saudável e houve associação significativa entre condição subjetiva de saúde e utilização de um SAB ($p=0,008$). Os idosos que se consideravam saudáveis não utilizaram um serviço de atenção básica (54,3%), e entre aqueles que se consideravam doentes, a maioria utilizava (65,5%). Referiram ser portadores de dano crônico 69,2% dos idosos, sendo que também houve associação entre essa variável e a utilização do SAB ($p=0,007$). Os fatores associados negativamente à utilização do SAB foram "escolaridade" e o fato de "perceber-se saudável", e a variável associada positivamente foi "autorrelato de dano crônico".
Dias S, Gama A, Silva AC,	Compreender a perspectiva dos diferentes grupos de	Quantitativo transversal;	A maior parte dos profissionais concordou que a mudança frequente

Cargaleiro H, Martins MO. ⁴²	profissionais de saúde sobre as barreiras no acesso e utilização dos serviços por parte dos imigrantes	P= 320 profissionais de saúde.	de residência, a falta de recursos econômicos, as crenças e tradições religiosas e culturais, o medo de denúncia quando se encontra em situação irregular, o desconhecimento da lei do acesso aos serviços de saúde e do seu modo de funcionamento e as diferenças linguísticas podem condicionar o acesso e utilização dos serviços. A maior proporção de participantes considerou ainda como barreiras ao nível dos profissionais de saúde as reduzidas competências sociais e culturais para o atendimento aos imigrantes, e ao nível dos serviços os procedimentos burocráticos complexos no acesso, o custo e a ausência de intérpretes.
Forrest CB, Starfield B. ⁴³	Examinou a relação entre o acesso e o uso de médicos de cuidados primários, como fontes de primeiro contato e continuidade com o sistema médico.	Quantitativo transversal; P= 11024 indivíduos.	Pouco tempo de cuidado, longo tempo na sala de espera e tempos de viagem mais longos reduziram as chances de uma visita do primeiro contato com um médico de cuidados primários de problemas de saúde agudos.
Baker R, Bankart MJ, Murtagh GM. ⁴⁴	Para determinar se as práticas que obteve alta experiência do paciente QOF pontos em 2005/2006 ou 2006/2007 também entregou bons acessos paciente.	Quantitativo; P= 2.3 milhões de pessoas.	Aumentar tamanho do serviço foi associado com uma diminuição da experiência do paciente de todos os aspectos de acesso (o horário de abertura, ser capaz de ver um médico particular, acesso telefônico, sendo capaz de ver um GP em 48 horas, e ser capaz de marcar uma consulta com antecedência). As pessoas que eram brancas, mais jovens e do sexo masculino tendem a experimentar um melhor acesso.
de França IS, Pagliuca LM, Baptista RS, de França EG, Coura AS, de Souza JA. ⁴⁵	Caracterizar as condições que visava das Pessoas com Deficiência na Unidade Básica de Saúde	Quantitativo descritivo; P= 20 Unidades Básicas de Saúde do estado da Paraíba-Brasil.	Os dados do estudo refletem as dificuldades de acesso das pessoas com deficiência física ou sensorial aos serviços de saúde. Barreiras arquitetônicas detectadas no percurso casa- Unidade Básica de Saúde que dificultam o acesso das pessoas com deficiência a essas instituições. Os piores resultados se referem a não disponibilidade de instrumentos de segurança no trânsito e de sinalização visual indicativa da localização da UBS. Determinados trechos do percurso às UBS é marcado por ausência de calçadas; desnivelamentos na calçada; presença de árvores e entulho nas ruas de acesso; e estacionamento de veículo frente à rampa de acesso dos usuários com dificuldade de locomoção. Ambiente não acessível para pessoas com deficiência no interior das UBS. As principais barreiras ao acesso das pessoas com deficiência ao interior das UBS: escadaria; porta de entrada principal; áreas de circulação coletiva em desacordo com a norma técnica; filtro localizado em balcão fechado; e instalações sanitárias sem espaço livre junto às peças sanitárias e acessórios para transposição de pessoa usuária de cadeira de rodas.
Ianni A, Pereira PCA. ⁴⁶	Apresentar as peculiaridades do acesso da população surda aos serviços de Atenção Básica e a percepção dos gerentes de unidades de saúde a esse respeito	Quali-quantitativo; P= 2 usuários e 2 administradores da Secretaria Municipal de saúde; e 21 gestores.	Seguintes aspectos relacionados ao acesso: Barreiras Comunicacionais: dificuldades na marcação de consulta por telefone, ausência de intérprete, surdo confundido com deficiente mental, falta de língua em comum, falta de paciência; Insumos Tecnológicos: escassez de Aparelhos

			de Amplificação Sonora Individuais (AASI), Telefones para surdos (TDD), poucas adaptações no uso de iluminação, celulares, e-mails e fax, e falta de meios comunicativos visuais; Políticas Públicas: escassez de profissionais para reabilitação, ausência de legendas em campanhas, políticas ouvintizadoras, políticas assistenciais, gratuidade de transporte, fila preferencial, falta de serviços; Queixas inespecíficas: má vontade do profissional, atendimento de baixa qualidade, dificuldades socioeconômicas; Recursos Humanos: falta de capacitação dos funcionários para o atendimento dessa população e para o uso de insumos tecnológicos, além da ausência de intérpretes.
Mahfouz AA, Al-Sharif AI, El-Gamal MN, Kisha AH. ⁴⁷	Estudar o padrão de utilização de primários serviços de saúde e satisfação entre idosos na região Asir.	Quantitativo Randomizado; P= 253 idosos.	Em média, os idosos visitaram os centros de APS significativamente menos vezes por ano do que a mais jovem faixa etária adulta. O menor item de satisfação de acessibilidade de serviços foi relacionado ao tempo de espera longo gasto no centro.
Jerant A, Fenton JJ, Franks P. ⁴⁸	Examinar se o acesso do paciente relatada aos atributos de cuidados primários selecionados está associado com o risco de mortalidade indivíduo menor.	Quantitativo transversal; P= 52,241 usuários.	As minorias raciais/étnicas, as pessoas mais pobres e menos escolarizadas, os indivíduos sem seguro privado, as pessoas saudáveis, e os moradores de outras regiões do Nordeste relataram menos acesso a atributos de cuidados primários do que outros.
Andersen RM, Yu H, Wyn R, Davidson PL, Brown ER, Teleki S. ⁴⁹	Avaliar o impacto de variáveis ao nível da comunidade para além dos efeitos das características individuais de acesso de saúde para crianças de baixa renda e adultos que residem em grandes áreas estatísticas metropolitanas.	Quantitativo documental; P= 500.000 indivíduos.	O acesso foi melhor para as pessoas com seguro de saúde e uma fonte regular de cuidados e para aqueles que vivem em comunidades com mais centros de saúde financiados pelo governo federal. Crianças de baixa renda e os adultos de origem Latino e da Ásia, e aqueles com menor nível de instrução, eram em maior risco por não ter acesso a cuidados médicos. Entre os adultos na amostra, a idade mais jovem (19 a 39) e do sexo masculino também foram fatores de risco para não visitar um médico em o ano passado.
Pineault R, Provost S, Hamel M, Couture A, Levesque JF. ⁵⁰	Analisar até que ponto a experiência de atendimento varia de doenças crônicas, e analisar a relação dos cuidados de saúde primários modelos organizacionais com a experiência dos cuidados relatados por pacientes em diferentes situações de doença crônica.	Quantitativo transversal; P= 6.222 usuários.	Acessibilidade dos cuidados é menor para todas as condições crônicas e mostra pouca variação entre as doenças.

Os fatores evidenciados que interferem no acesso de primeiro contato estão apresentados no Figura 2.

Figura 2 - Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na APS. LILACS, PubMed, Scopus, 2013.

Componentes do atributo acesso de primeiro contato	Fatores
--	---------

Acessibilidade Geográfica ou Organizacional [Estrutura]	Favorece	Presença de ESF ¹⁰⁻¹⁶ Atendimento domiciliar ^{14,17} Acolhimento ou receptividade ^{10,14,16,18-23} Horário de funcionamento ^{10,15,18,21,23-26} Equilíbrio entre atendimento da demanda espontânea e programada ^{10-11,16} Oferta de contato telefônico ^{24,27} Enfermeira no local ^{24,28}
	Desfavorece	Dificuldade de transporte ^{11,13,18,23,25-26,29-36} Localização geográfica ^{10,11,18,23,26-27,33-43} Condições estruturais ^{11,13-14,16,18,36,44-46} Tempos de espera ^{25-26,43,47} Ausência de enfoque cultural e econômico ^{13,29-30,37,42} Oferta restrita ^{16,22} Dificuldade para agendamento da consulta ^{10-11,15-16,18,21-25,27,30,34-36} Idade de prestadores de serviços ²³ Acordos políticos ¹³
Acesso Fatores individuais [Desempenho ou Utilização]	Favorece	Considerarem um bom serviço ²³ Disponibilidade à informação ^{10,23,25,29-32,37,42} Gratuidade ^{20,23}
	Desfavorece	Interrupções de Seguros ^{30,48-49} Linguagem e comunicação ^{21,42,46} Dificuldade de encaminhamento a outros serviços ^{11,18,24,30} Falta de confidencialidade e confiança ^{23,31-32} Condições de saúde do usuário ^{20,23,31,50} Características sociodemográficas dos usuários ^{20,23,27,31,39,44,47-49} Mudança frequente de residência ⁴² Obrigações de emprego ^{21,26-27} Responsabilidades familiares ^{14,25-26,37}

Aspectos da atenção referentes à estrutura

O componente Acessibilidade é favorecido pela *presença de Estratégia de Saúde da Família* (ESF) próxima ao usuário. A expansão da ESF ampliou a acessibilidade a partir da conversão de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em estratégias de saúde da família e pela construção de novos serviços, principalmente, em áreas distantes e menos providas de recursos sociais,¹⁰ viabilizando a prestação de ações em saúde a uma população anteriormente excluída.¹¹ A descentralização foi positivamente associada com o uso oportuno e a qualificação do serviço.¹² Destaca-se a importância de a comunidade adscrita conhecer o funcionamento e as estratégias de acesso ao serviço e reconhecer que é cadastrada à ESF por meio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e que está vinculada à determinada equipe de profissionais.¹³ A presença de ESF aproxima os profissionais dos usuários e comunidade¹⁴ e está, geralmente, organizada para oferecer maior flexibilidade de horário que as UBS.¹⁵ Entretanto, a baixa cobertura da ESF¹⁶ ocasiona que áreas urbanas tenham as UBS como o único serviço disponível.¹¹

O *atendimento domiciliar* dos serviços de APS pode servir como uma modalidade assistencial alternativa para resolver, em parte, as dificuldades de acessibilidade dos usuários. Dessa forma, garante o direito à assistência àqueles que apresentam limitação para se deslocar.^{14,17}

O *acolhimento e a receptividade* no serviço de APS favorece a acessibilidade. O acolhimento esteve associado ao processo de triagem administrativa sendo utilizado para priorizar os usuários oriundos da demanda espontânea.¹⁸ Apresenta peculiaridades tanto do envolvimento dos profissionais quanto da organização dos recursos disponíveis às equipes.¹⁰

Os usuários referem o acolhimento como garantia do atendimento, devendo ser sentido, vivido e integrado ao cotidiano das unidades de saúde.¹⁹

As relações entre usuários, cuidadores e profissionais também condicionam o acesso ao serviço.^{14,20} Uma recepção hostil pode ocasionar problemas de acesso significativos.²¹ Destaca-se que a organização do serviço por meio do acolhimento resulta na qualificação da receptividade e do agendamento de consultas.²²

O acolhimento exige esforço e dedicação profissional, constituindo elemento importante de organização da demanda e do processo de trabalho. O distanciamento entre a expectativa dos usuários pelo atendimento imediato e a organização do serviço quanto ao acolhimento por outros profissionais além do médico resulta em estresse e cansaço pela equipe de saúde na busca por solução. A grande demanda e a sobrecarga de trabalho evidenciam condições desfavoráveis para a realização de acolhimento,¹⁶ bem como o modo como são tratados pelos profissionais¹⁶ e recepcionistas pode constituir uma barreira para o acesso.²³

Evidenciou-se que a ampliação do *horário de funcionamento* também favorece a acessibilidade.²⁴ O horário de funcionamento limitado configura uma barreira^{21,23} e indica que o atendimento é centrado nas necessidades do serviço e não dos usuários.²⁵ O funcionamento dos serviços em horário noturno facilita a acessibilidade aos usuários trabalhadores.^{18,26} Contudo, o terceiro turno não funciona conforme previsto. Nas UBS, o terceiro turno correspondia ao horário das 17h às 21h, podendo ocorrer variações dependendo do profissional atuante.¹⁸ Já na ESF há maior facilidade de acessar o serviço após as 18 horas, devido à flexibilidade de horário na organização destes serviços.¹⁵ Entretanto, há aqueles em que a implantação da ESF não alterou o horário de funcionamento.¹⁰ A extensão do horário de funcionamento pode aumentar o uso do serviço de APS.²⁵

O *equilíbrio entre atendimento da demanda espontânea e programada* favorece a acessibilidade. Quando há desproporção^{10,16} entre demanda e oferta de serviços, somados ao fluxo de usuários de diversas origens, resultam em sobrecarga e dificultam a acessibilidade.¹¹

A *oferta de contato telefônico* favorece a acessibilidade, sendo decorrente da proporção entre médico e paciente, possibilitando o agendamento de consultas em curto prazo,²⁷ ocorrendo também em serviços de APS em áreas remotas.²⁴

Ter *enfermeira no serviço de APS* favorece a acessibilidade, visto que sua presença aumentou a disponibilidade para consultas de um profissional da saúde.²⁸ Dessa forma, poderia atender aos níveis de acessibilidade esperados por ter uma enfermeira no local.²⁴

A *dificuldade com o transporte* para o deslocamento ao serviço desfavorece a acessibilidade. Entre as dificuldades, destacam-se: os serviços de transportes públicos inadequados;²⁹ horários limitados;²⁹ dificuldades em conseguir transporte, devido à falta de acesso para sistemas de transporte público;^{23,25,29-32} inexistência de linha de ônibus^{11,13} ou motorista voluntário que os conduza ao serviço;³³ custo do deslocamento;^{18,34-35} indisponibilidade de táxis e transportes públicos em área rural;³³ ausência de meios de locomoção privados;^{26,36} dependência de transporte coletivo ou de ambulância em face às limitações físicas provenientes dos agravos à saúde,³⁶ inclusive que impeça de dirigir.³³

A *localização geográfica* pode desfavorecer a acessibilidade. Em decorrência de: localização,²³ por vezes, em área portuária, com tráfego de drogas e prostituição;¹¹ distanciamento^{18,26,33,36} ou dificuldade de acesso geográfico,³⁷ localização em áreas

rurais.^{35,38-39} Ocasiona a procura por serviços próximos à residência,^{34,40-42} principalmente, em razão dos tempos de viagem que reduzem as chances de uma visita do primeiro contato para problemas de saúde agudos⁴³ ou do tempo de deslocamento entre o trabalho e o serviço.²⁷ A definição de territórios de atuação reduzem as barreiras geográficas de acesso de forma a contribuir para o uso regular dos serviços.^{10,36}

As *condições estruturais* do serviço de APS podem desfavorecer a acessibilidade em decorrência: o aumento da estrutura do serviço;⁴⁴ das barreiras arquitetônicas detectadas no percurso entre domicílio e o serviço^{11,13-14,45} e no interior do serviço de APS;¹⁴ das peculiaridades da população com deficiência^{14,45-46}; a insuficiência de equipamentos¹⁶ e a necessidade de recursos, como cadeiras de rodas, transporte urbano adaptado e cuidadores sociais.¹⁴ Além disso, a existência de barreiras organizacionais se deve à ausência de ações voltadas para o acolhimento, à não utilização de lista de espera para a substituição dos faltosos e a fragilidade do sistema de transferência dos usuários entre os diferentes serviços, somada às distâncias geográficas entre as unidades e as residências dos usuários.¹⁸ A busca de atendimento em outros serviços sugere que a APS não está preparada para prestar atendimento a certas populações.³⁶

O *tempo de espera* desfavorece a acessibilidade, tanto o longo tempo de espera para a consulta no serviço^{25-26,43,47} quanto o reduzido tempo da consulta com profissional de saúde.^{25,43}

A *ausência de enfoque cultural e econômico* desfavorece a acessibilidade, visto que compromete a existência de serviços disponíveis, implicando em desigualdades.¹³ Esta ausência reflete em um atendimento convencional,²⁹ sem considerar a falta de recursos econômicos^{30,37}, as crenças e tradições religiosas e culturais⁴² dos usuários. A barreira afeta os profissionais de saúde, pois apresentam reduzidas competências sociais e culturais para o atendimento aos imigrantes, e os serviços, devido aos procedimentos burocráticos e complexos, no custo e na ausência de intérpretes.⁴²

A *oferta restrita* de ações específicas a determinado público desfavorece a acessibilidade em razão de prejudicar a universalização da atenção. Alguns serviços restringem o acesso na porta de entrada (recepção) por meio de cartazes sobre o número de vagas (por ordem de chegada e por dias específicos para o atendimento), a determinado grupo populacional, presença ou ausência do profissional e caracterizado por uma demanda espontânea, reprimida em suas necessidades de saúde.²² A restrição ocorre na priorização de agendamento para usuários vinculados às ações programáticas.¹⁶

A *dificuldade para agendamento da consulta médica* foi evidenciada como um fator que desfavorece a acessibilidade. Esta dificuldade^{10,21,30,35-36} foi apontada pelo número de vezes que procurou o posto de saúde para conseguir atendimento em curto prazo (24 horas a 1 semana).^{15,24,27,34} O sistema de agendamento tradicional^{11,18,23}, que por vezes resulta em fila e insatisfação¹⁶, o grau de tolerância para consultas não agendadas (função de pronto-atendimento)¹⁰ e a dificuldade para remarcação de consultas perdidas²⁵ também foram consideradas barreiras organizacionais ao acesso.¹⁸ Uma estratégia que favoreceu foi o encaminhamento de atendimentos pelo ACS.^{16,18,22}

A *idade dos prestadores de serviços* desfavorece a acessibilidade porque é considerada como uma barreira estrutural para as pessoas jovens.²³ Os *acordos políticos* desfavorecem a acessibilidade, visto que estes se tratam de uma questão complexa difícil de modificar.¹³

Aspecto da atenção à saúde referente ao desempenho ou utilização da APS

Considerar a APS como um bom serviço foi um dos motivos relatados para o acesso e utilização.²³ Evidenciou-se que a *disponibilidade à informação* favorece o acesso. Isto ocorre devido ao conhecimento do funcionamento do serviço,^{29-30,42} por exemplo, como ocorre o agendamento de consultas e a remarcação de consultas perdidas²⁵ dos serviços de saúde disponíveis^{10,23,31,37} e das ações de cuidados.^{23,32,42}

A *gratuidade* foi evidenciada como um dos motivos para a utilização dos serviços de APS.²³ O acesso na APS foi melhor percebido se comparado àqueles que utilizam outros serviços.²⁰ As *interrupções de seguros* afetam o acesso dos usuários ao sistema. Este fator foi apontado em estudos nos Estados Unidos, geralmente, na perda ou mudança de emprego e mudança de seguro.^{30,48} O acesso foi melhor para aqueles com seguro de saúde, fonte regular de cuidados e que vivem em comunidades com serviços financiados pelo governo.⁴⁹

A *linguagem e comunicação* também podem condicionar o acesso e utilização dos serviços de APS, principalmente, pela difícil comunicação durante as consultas, tanto pelas diferenças linguísticas⁴² quanto pela terminologia médica utilizada.²¹ Ambas podem contribuir para sentimentos de intimidação e/ou inferioridade dos usuários.²¹ Além disso, barreiras comunicacionais para deficientes auditivos.⁴⁶

A dificuldade de conseguir *encaminhamento* a outros serviços de saúde desfavorece o acesso à APS. A falta de comunicação com outros estabelecimentos de saúde²⁴ influencia o acesso à assistência,³⁰ evidenciando a fragilidade de um sistema organizado de transferência do usuário entre os serviços.¹⁸ Essa dificuldade de acesso também compromete a efetividade do cuidado e expressa as dificuldades enfrentadas pelos pacientes em busca de acesso aos serviços e ao cuidado integral para suas necessidades de saúde.¹¹

A preocupação com a *confidencialidade e a confiança* nos profissionais foi evidenciada como uma das razões para os usuários não acessarem os serviços de APS.^{23,32} O constrangimento dos usuários quanto à procura de cuidados de saúde, por vezes, não acreditando que seu problema seria resolvido.³¹

As *condições de saúde do usuário* desfavorecem o acesso, principalmente no que se refere a ter doença crônica^{20,50} autopercepção de saúde regular, doença mental ou câncer.³¹ Entretanto, um estudo com idosos aponta que ter uma condição subjetiva de saúde ou uma doença crônica²³ pode favorecer.

As *características sociodemográficas* dos usuários apontam que: as pessoas brancas, jovens;^{27,47,49} do sexo masculino;⁴⁹ trabalhadores em tempo integral;^{20,27} de minorias raciais/étnicas;^{27,48-49} com baixa renda;^{39,48-49} de menor escolaridade;⁴⁸⁻⁴⁹ que se consideravam saudáveis^{23,48}; moradores de regiões distantes;⁴⁸ e pessoas desabrigadas;³¹ possuíam maior probabilidade de não ter acesso a cuidados primários. Por outro lado, há estudos que apontam que pessoas brancas, jovens, do sexo masculino,^{44,47} com menor escolaridade²³ têm mais facilidade de acessar o serviço. A *mudança frequente de residência* pode condicionar o acesso e utilização dos serviços.⁴²

Evidenciou-se que as *obrigações de emprego* desfavorecem o acesso de primeiro contato à APS.^{21,26-27} As *responsabilidades familiares* também o desfavorecem, evidenciado pela existência ou não de um cuidador que possa acompanhar a pessoa com deficiência ao serviço¹⁴, pelo encargo de cuidados às crianças²⁵⁻²⁶ e pela exigência em alguns serviços de que a menor de idade fosse acompanhada por um responsável.³⁷

CONCLUSÃO

As evidências disponíveis nos artigos científicos acerca dos fatores que interferem no atributo acesso de primeiro contato na APS apontam que estes podem tanto favorecer quanto desfavorecer. Aqueles favoráveis estiveram relacionados, principalmente, aos aspectos estruturais do serviço e às características individuais dos usuários que promovem que estes reconheçam a disponibilidade e utilizem o serviço. Os que desfavorecem estão associados às lacunas na organização e gestão dos serviços de saúde somados às dificuldades individuais, podendo influenciar negativamente na utilização dos cuidados na APS.

O atributo acesso de primeiro contato deve possibilitar a oferta de ações considerando os aspectos geográficos, financeiros e organizacionais da população adscrita ao serviço de APS. Deve incentivar que os usuários façam uso oportuno dos serviços, considerando o contexto sociocultural e econômico dos usuários, com vistas a promover melhores índices de saúde. Salienta-se a necessidade de identificar os fatores que interferem no acesso à APS para orientar a formulação de políticas para um melhor desempenho dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(esp):158-64.
2. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
3. Lavras C. *Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil* Saúde Soc. São Paulo, 2011;20(4):867-74.
4. Barbosa SP, Elizeu TS, Penna CMM. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013;18(8):2347-57.
5. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004;20(Sup 2):S190-S198.
6. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012;17(8):2071-85.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
8. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev latinoam enferm.* 2006;14(1):124-31.
9. Galvão CM. Níveis de Evidência. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):V.
10. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev panam salud pública.* 2011 fev;29(2):84-95.
11. De Souza MLP, Garnelo L. "É muito dificultoso!": Etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(supl.1):S91-S99.
12. Regmi K, Naidoo J, Pilkington PA, Greer A. Decentralization and district health services in Nepal: understanding the views of service users and service providers. *J Public Health (Oxf).* 2010 Sep;32(3):406-17.

13. Vargas AMD, Ferreira EF, Mattos FF, Vasconcelos M, Drumond MM, Lucas SD. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. *Saúde Soc.* 2011 jul/set;20(3):821-8.
14. Souza CCBX, Rocha EF. Portas de entrada ou portas fechadas?: o acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo - período de 2000 a 2006. *Rev ter ocup.* 2010 set/dez;21(3):230-9.
15. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc.* 2011 out/dez; 20(4):948-60.
16. De Souza ECF, De Vilar RLA, Rocha NDSPD, Uchoa ADC, Rocha PDM. Acesso e acolhimento na atenção básica: Uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(suppl. 1):S100-S110.
17. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev saúde pública.* 2010 dez;44(6):1102-11.
18. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública.* 2010;26 (4):725-37.
19. Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Rev baiana saúde pública.* jul.-set. 2009;33(3): 440-52.
20. Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, Takala J, Kumpusalo E. Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. *Scand j prim health care,* 2007;25(1):27-32.
21. Ludeke M, Puni R, Cook L, Pasene M, Abel G, Sopoaga F. Access to general practice for Pacific peoples: A place for cultural competency. *J community med prim health care.* 2012;4(2):123-30.
22. Lima WCMB, Assis MMA. Acesso restrito e focalizado ao programa saúde da família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. *Rev baiana saúde pública.* 2010 jul/set;34(3): 439-49.
23. Bernard D, Quine S, Kang M, Alperstein G, Usherwood T, Bennett D, et al. Access to primary health care for Australian adolescents: How congruent are the perspectives of health service providers and young people, and does it matter? *Aust N Z j public health.* 2004; 28 (5):487-92.
24. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann fam med.* 2008;6(2):116-23.
25. Buetow S, Adair V, Coster G, Hight M, Gribben B, Mitchell E. Qualitative insights into practice time management: Does 'patient-centred time' in practice management offer a portal to improved access? *Br j gen pract.* 2002;52 (485):981-7.
26. Wellstood K, Wilson K, Eyles J. 'Reasonable access' to primary care: Assessing the role of individual and system characteristics. *Health Place.* 2006;12(2):121-30.
27. Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Fam Pract.* 2010 Aug 28;11(61): [15 pages].
28. Perry C, Thurston M, Killeym, Miller J. The nurse practitioner in primary care: alleviating problems of access? *Br j nurs.* 2005;14 (5):255-9.
29. Anikeeva O, Katterl R, Bywood P. The Closing the Gap Initiative - successes and ongoing challenges for divisions of general practice. *Aust Fam Physician.* 2012 Jul;41(7):523-7.
30. Crosson JC, Heisler M, Subramanian U, Swain B, Davis GJ, Lasser N, et al. Physicians' perceptions of barriers to cardiovascular disease risk factor control among patients with diabetes: results from the translating research into action for diabetes (TRIAD) study. *J Am Board Fam Med.* 2010 Mar-Apr;23(2):171-8.
31. Trevena LJ, Simpson JM, Nutbeam D. Soup kitchen consumer perspectives on the quality and frequency of health service interactions. *Int j qual health care.* 2003;15 (6):495-500.
32. Copland RJ, Denny SJ, Robinson EM, Crengle S, Ameratunga S, Dixon R. Self-reported pregnancy and access to primary health care among sexually experienced New Zealand high school students. *J adolesc health.* 2011;49 (5): 518-24.
33. Goodridge D, Hutchinson S, Wilson D, Ross C. Living in a rural area with advanced chronic respiratory illness: a qualitative study. *Prim Care Respir J.* 2011 Mar;20(1):54-8.

34. Scatena LM, Villa TC, Netto AR, Kritski AL, Figueiredo TM, Vendramini SH, et al. Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnoses in Brazilian municipalities. *Rev Saude Publica*. 2009 Jun;43(3):389-97.
35. Arredondo A, Nájera P. Equity and accessibility in health? Out-of-pocket expenditures on health care in middle income countries: evidence from Mexico. *Cad saúde pública*. 2008 dez;24(12):2819-26.
36. Carreira L, Rodrigues RA. Difficulties faced by family members of elderly with chronic diseases to access Basic Health Unit. *Rev Bras Enferm*. 2010 nov/dec;63(6):933-99.
37. Carvacho IE, de Mello MB, Morais SS, Silva JLP. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):886-94.
38. Reis DC, Kloos H, King C, Quites HFO, Matoso LF, Coelho KR, et al. Accessibility to and utilisation of schistosomiasis-related health services in a rural area of state of Minas Gerais, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2010 Jul;105(4):587-97.
39. Reyes H, Tomé P, Gutiérrez G, Rodríguez L, Orozco M, Guiscafré H. La mortalidad por enfermedad diarreica en Mexico: Problema de acceso o de calidad de atención? *Salud pública Méx*. 1998; 40(4):316-23.
40. Rosa RB, Pelegrini AH, Lima MA. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. *Rev gaúch enferm*. 2011;32 (2):345-51.
41. Paskulin LM, Valer DB, Vianna LA. Use and access of the elderly to primary health care services in Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciênc saúde coletiva*. 2011 Jun;16(6):2935-44.
42. Dias S, Gama A, Silva AC, Cargaleiro H, Martins MO. Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes. *Acta med port*. 2011;24(4):511-6.
43. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: The effects of access. *Am j public health*. 1998; 88(9):1330-6.
44. Baker R, Bankart MJ, Murtagh GM. Do the Quality and Outcomes Framework patient experience indicators reward practices that offer improved access? *Br J Gen Pract*. 2009 Aug;59(565):e267-72.
45. De França IS, Pagliuca LM, Baptista RS, de França EG, Coura AS, de Souza JA. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev bras enferm*. 2010;63 (6):964-70.
46. Ianni A, Pereira PCA. Acesso da comunidade surda à rede básica de saúde. *Saúde Soc*. 2009 abr/jun;18(supl.2):89-92.
47. Mahfouz AA, Al-Sharif AI, El-Gamal MN, Kisha AH. Primary health care services utilization and satisfaction among the elderly in Asir region, Saudi Arabia. *East Mediterr health j*. 2004; 10(3): 365-71.
48. Jerant A, Fenton JJ, Franks P. Primary care attributes and mortality: a national person-level study. *Ann Fam Med*. 2012 Jan/Feb;10(1):34-41.
49. Andersen RM, Yu H, Wyn R, Davidson PL, Brown ER, Teleki S. Access to medical care for low-income persons: How do communities make a difference? *Med care res rev*. 2002;59(4):384-411.
50. Pineault R, Provost S, Hamel M, Couture A, Levesque JF. The influence of primary health care organizational models on patients' experience of care in different chronic disease situations. *Chronic Dis Inj Can*. 2011 Jun;31(3):109-20.

Recebido em: 12/08/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 17/09/2015
Publicado em: 07/01/2016

Endereço de contato dos autores:
Cristiane Cardoso de Paula
Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Enfermagem
Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1336. Cidade Universitária, Bairro
Camobi, Santa Maria/RS, Brasil. CEP: 97105-900.
Telefone: (55)32208938. Email: cris_depaula1@hotmail.com