



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Uchôa Azevedo de Araújo, Lavínia; da Silva Gama, Zenewton André; Araújo do Nascimento, Flávio
Luiz; Viana de Oliveira, Herison Franklin; Medeiros de Azevedo, Wilker; Batista de Almeida Júnior,
Helano Jader

Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 8, agosto, 2014, pp. 3521-3532

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031151023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso

Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly

Lavínia Uchôa Azevedo de Araújo¹

Zenewton André da Silva Gama¹

Flávio Luiz Araújo do Nascimento²

Herison Franklin Viana de Oliveira²

Wilker Medeiros de Azevedo²

Helano Jader Batista de Almeida Júnior²

Abstract *The scope of this study was to assess the quality of Primary Health Care (PHC) provided to the elderly from their viewpoint. The study design was cross-sectional and observational in a stratified random sample of elderly individuals, enrolled in 10 of the 20 Basic Health Units (BHU) in the city of Macaíba, State of Rio Grande do Norte, Brazil. After an interview conducted using the adult version of the primary care assessment tool (PCATool-Brazil), the quality level was estimated (0-10, based on desirable attributes) and the association between demographic and socioeconomic factors was analyzed. The participants (n = 100) assigned a score of fair (5.7) to Quality; Longitudinality of care was awarded a high score (7.3), however Integrality (4.7), Family Orientation (4.1) and Accessibility (3.8) were considered weak. Socio-demographic factors linked to vulnerability (low income, rural area and older age) were positively associated with different PHC attributes. A margin for improvement in PHC attributes was observed, especially with respect to increasing the focus on the family, extending working hours in BHUs and enhancing prevention of diseases and ensuing complications.*
Key words *Quality of health care, Primary health care, Health of the elderly, Evaluation of health services*

Resumo *O objetivo foi avaliar a qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) ofertado à pessoa idosa segundo a sua perspectiva. O desenho foi observacional transversal em amostra aleatória estratificada de idosos (≥ 60 anos) cadastrados em 10 das 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Macaíba (RN), Brasil. Após entrevista com o instrumento PCATool-Brasil versão Adulto, estimou-se o nível de qualidade (0 a 10, baseado em atributos desejáveis) e analisou-se a associação de fatores sociodemográficos. Os participantes (n = 100) atribuíram à qualidade nota regular (5,7). A Longitudinalidade do cuidado foi um ponto forte (7,3), mas a Integralidade (4,7), a Orientação Familiar (4,1) e a Acessibilidade (3,8) são fragilidades na perspectiva do idoso. Fatores sociodemográficos ligados à vulnerabilidade (menor renda, área rural e maior idade) associaram-se positivamente a diferentes atributos da APS. Evidenciou-se margem para melhoria do cuidado ao idoso, sendo prioritário ampliar o foco na família, o horário de funcionamento das UBS e a diversidade na prevenção de doenças e agravos.*

Palavras-chave *Qualidade da assistência à saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde do idoso, Avaliação de serviços de saúde*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. Senador Salgado Filho 3000, Lagoa Nova. 59.078-970 Natal RN. Brasil.laviniauchoa@hotmail.com

² Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Introdução

O Brasil vem apresentando um acentuado incremento na população de idosos nas últimas décadas. Isso decorre da forte redução da taxa de fecundidade e do crescente aumento da expectativa de vida da população, tendo em vista a melhoria das condições socioeconômicas e os avanços, políticos e técnicos, no campo dos serviços de saúde e no conhecimento científico¹. Essa alteração da estrutura demográfica implica em mudanças no perfil epidemiológico, observando-se aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis².

Por outro lado, a saúde dos idosos pode ser afetada pelas formas de sua inserção social ao longo da vida, que podem resultar em desigualdades de exposições e vulnerabilidades³. E, ainda, pode estar relacionada à forma como os idosos se reconhecem ou são reconhecidos pelos outros, sendo importante o cuidado e a proteção da família e da sociedade a esse grupo social⁴.

As consequências do envelhecimento para os serviços de saúde se revelam no maior tempo de hospitalização, elevada frequência de reinternações, recuperação mais lenta e invalidez, resultando em aumento de custos para o tratamento dessa população em relação às outras faixas etárias⁵, independente do nível assistencial.

O conceito de saúde para a população idosa, portanto, não deve se restringir à prevenção e controle de agravos e de doenças crônicas; deve ser o resultado da interação entre a saúde física, mental, independência financeira, capacidade funcional e suporte social⁶. Desta forma, faz-se necessária a ênfase na implementação efetiva de políticas públicas por meio de medidas que priorizem a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a manutenção da autonomia e da capacidade funcional e a valorização das redes de suporte social⁷. Essas ações são fundamentais no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) prestada a essa população. A despeito das mudanças ocorridas no uso dos serviços de saúde, em função da expansão da APS nos últimos anos, desafios ainda precisam ser superados para a melhoria das condições de saúde da população idosa no Brasil⁸.

O fortalecimento da APS é identificado como ação estratégica para o enfrentamento da crise pela qual passam os Sistemas de Saúde, em especial nos países em desenvolvimento, nos quais as políticas sociais, incluídas as de saúde, sofrem reflexos de políticas liberais e de um modelo de atenção à saúde centrado na cura e no privilegiamento de tecnologias de alta densidade. Além de elevar gastos, sistemas centrados nessas tecnologias são

pouco eficazes, de baixa sustentabilidade e de baixo impacto na saúde da população. Esse panorama de crise leva os sistemas de saúde no mundo inteiro a se depararem com o desafio de implantar reformas alicerçadas num conjunto de valores e princípios da APS que contemplem: cobertura universal, prestação de serviços, políticas públicas e reformas de liderança que considerem principalmente a articulação intersetorial⁹.

Com o objetivo de desenhar a qualidade da atenção primária, Starfield⁹ definiu atributos-chaves que, na concepção da autora, devem balizar sua organização. São quatro os atributos essenciais à APS: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da atenção. Outros três elementos, chamados de atributos derivados, são apontados como qualificadores das ações dos serviços de APS, sendo eles: Atenção à Saúde Centrada na Família; Orientação Comunitária e Competência Cultural^{9,10}.

No Brasil, uma série de discussões vem reforçando a concepção de gestores e profissionais de que a atenção primária tem importância significativa na reorganização do sistema de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como prioritária para a reorientação do modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e diversas iniciativas têm sido propostas para avaliar em que medida a ESF está orientada à APS. Dentre estas iniciativas, encontra-se a aplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool* – PCATool - Brasil versão Adulto¹⁰. Um dos trabalhos utilizando o PCATool - Brasil, realizado em serviços de saúde infantil, demonstrou que o instrumento possui adequada validade e confiabilidade, podendo constituir-se em instrumento nacional de avaliação da APS e ser aplicável a outros contextos populacionais¹¹. Isto corrobora com o estudo realizado no município de Curitiba (PR) que comparava o PCATool e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ, atualmente denominado AMAQ), sugerindo a utilização do primeiro como ferramenta preferencial na avaliação da qualidade da APS¹².

Com essa compreensão, e levando-se em conta que desconhecemos outros trabalhos na literatura brasileira utilizando o PCATool - Brasil em sua versão integral para avaliar a atenção aos idosos, o presente estudo preenche uma necessidade de informação potencialmente útil para a gestão do sistema de saúde. Além disso, está em consonância com uma das diretrizes propostas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹, que reforça a importância do desenvolvimento de estudos e

pesquisas que visem a trazer melhorias aos serviços ofertados.

Pretendeu-se com este estudo avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do idoso, em um município do Nordeste do Brasil, tomando por referência os seus atributos essenciais e derivados. Especificamente, buscou-se identificar os atributos cuja intervenção de melhoria deve ser prioritária, bem como analisar a influência de fatores socioeconômicos e demográficos na qualidade da APS.

Metodologia

O desenho metodológico utilizado foi observacional transversal. O estudo foi realizado durante o ano de 2012, no município de Macaíba, situado na região metropolitana de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, na região Nordeste do Brasil. O último Censo (2010) apontou que este município tem 69.538 habitantes, sendo o quinto mais populoso do estado. O município possui 20 unidades básicas de saúde, todas com equipes da Estratégia Saúde da Família, com 85% de cobertura da população. Em levantamento recente, o número de idosos cadastrados nas equipes de saúde da família era de 3.983, havendo uma média de 199 idosos por unidade de saúde.

A população do estudo foi de idosos (60 anos ou mais) residentes no município de Macaíba. Adicionalmente, deveriam fazer uso do sistema público de saúde, especificamente de unidades de Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde, pois o instrumento de coleta de dados proposto foca, na maioria dos itens, o relato de vivências na utilização destes serviços.

Para selecionar os idosos, visando à representatividade das estimativas sobre o nível de qualidade na perspectiva destes, foi realizada uma técnica de amostragem aleatória bietápica. Na primeira etapa, foram selecionadas por meio de amostragem aleatória simples 10 Unidades Básicas de Saúde, cada uma com uma Equipe de Saúde da Família (ESF); na etapa seguinte, foram selecionados por meio da amostragem aleatória sistemática 10 idosos por equipe de saúde da família, a partir do cadastro de usuários das equipes, perfazendo um total de 100. Os casos que não atenderam aos critérios de inclusão foram substituídos aleatoriamente até a consecução do tamanho amostral pretendido.

Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2012 e as entrevistas foram realizadas prioritariamente nos domicílios, de modo a não sofrerem interferência do ambiente de atendi-

mento. Os responsáveis pela coleta foram quatro pesquisadores, após criterioso estudo e discussão de todos os itens do questionário, seguindo-se as orientações contidas no manual do Ministério da Saúde¹⁰ sobre o instrumento.

Os dados foram obtidos mediante entrevistas utilizando um questionário socioeconômico e demográfico e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool - Brasil versão Adulto, validado no Brasil¹¹. Criado por Starfiel⁹, na Universidade de *Johns Hopkins* nos Estados Unidos, esse instrumento se propõe a avaliar a estrutura e o processo de atenção nos serviços de atenção primária tomando por base os atributos essenciais e derivados da APS, sendo eles:

Atributos Essenciais

- Grau de Afiliação com o Serviço de Saúde;
- Acesso de Primeiro Contato (dimensões: utilização e acessibilidade);
- Longitudinalidade;
- Coordenação da Atenção (dimensões: integração de cuidados e sistemas de informações);
- Integralidade (dimensões: serviços disponíveis e serviços prestados).

Atributos Derivados

- Orientação Familiar;
- Orientação Comunitária.

O instrumento totaliza 90 itens, no entanto a dimensão “Grau de Afiliação” não foi utilizada no cálculo dos escores neste estudo por ser critério de inclusão dos idosos na pesquisa. A Competência Cultural, apesar de ser considerado um atributo derivado da APS, não está contemplado no instrumento PCATool - Brasil versão Adulto.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados com a intenção de estimar as seguintes variáveis dependentes: o nível de qualidade Geral, que considera todos os seis atributos da APS; o nível de qualidade Essencial, focado nos quatro atributos essenciais; os níveis de qualidade Específicos em cada atributo e dimensão; e os níveis de cumprimento por cada item do questionário. As variáveis independentes, demográficas e socioeconômicas, potencialmente associadas ao nível de qualidade, foram: idade (60-69; 70-79; ≥ 80 anos), sexo, raça/cor (branca; preta; parda), escolaridade (analfabeto; algum grau de instrução), estado civil (casado; não casado), zona residencial (rural; urbana) e renda familiar (número de salários mínimos).

Para a estimativa pontual do nível de qualidade, foi calculada a tendência central a partir da média aritmética simples dos valores das respostas dos itens do questionário, seguindo as instruções do manual do instrumento: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “pro-

vavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/não lembro” (valor perdido). Além disso, foram calculadas estimativas intervalares para todos os escores, utilizando o Intervalo de Confiança (IC) de 95% das médias obtidas.

A fim de identificar os fatores associados à qualidade dos serviços, segundo a perspectiva dos idosos, foi realizada uma análise bivariada entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e os indicadores da qualidade obtidos através do instrumento. Para isso, os escores Geral, Essencial e Específicos foram dicotomizados em maiores que a mediana e igual ou abaixo da mediana. O teste utilizado para comparar as diferenças entre as proporções foi o Qui-Quadrado de Pearson, ou Razão de Verossimilhança, segundo a necessidade. O nível de significância adotado foi de 5%, rejeitando as hipóteses nulas de ausências de diferenças quando o p-valor encontrado foi menor que 0,05. O programa estatístico utilizado foi o SPSS para Windows.

Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Resultados

Participaram da pesquisa 100 idosos vinculados a 10 unidades básicas de saúde das quais seis eram da zona urbana e quatro da zona rural. Todas as unidades se organizam a partir da Estratégia Saúde da Família e possuem equipe completa (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal), conforme preconiza a Portaria nº 2.488 de outubro de 2011¹³. Foram abordados 105 idosos, sendo que cinco deles não atendiam aos critérios de inclusão do estudo, ou seja, não faziam uso dos serviços oferecidos pelas unidades básicas de saúde do município. Foram realizadas 95 entrevistas no domicílio dos participantes e apenas cinco em unidade básica, devido ao fato de que na ocasião da entrevista os idosos estavam participando da campanha de vacinação na unidade.

Do total de entrevistados, 64% eram mulheres e a média de idade foi de 72,4 anos, variando entre 60 e 93 anos de idade (DP = 8,1). A Tabela 1 apresenta as características gerais da amostragem.

A nota média atribuída pelos idosos ao serviço ofertado nas unidades de saúde foi de 5,7 (IC 95%: 5,5-6,0), considerando o escore Geral, constituído pelos seis atributos desejáveis. Ao considerar ape-

nas os atributos essenciais, que excluem “Orientação Familiar” e “Orientação Comunitária”, a nota teve discreta variação, aumentando para 6,0 (IC 95%: 5,7-6,2).

Em uma avaliação específica por atributos (Gráfico 1), aquele com pior resultado foi “Orientação Familiar” (escore médio = 4,1; IC 95%: 3,6-4,7), considerado um atributo derivado da APS, e o melhor resultado ficou com a “Longitudinalidade” (escore médio = 7,3; IC 95%: 6,9-7,6). Destaca-se que este último atributo é considerado essencial para a APS; porém, outro atributo considerado essencial, a “Integralidade”, ficou com a segunda pior avaliação (escore médio = 4,7; IC 95%: 4,4-5,0).

A avaliação de três dos quatro atributos essenciais pode ser aprofundada pela análise de suas dimensões. Esta análise revelou uma variabilidade importante no atributo “Acesso de Primeiro Contato”, pois se observa que a dimensão “Acessibilidade” obteve o pior escore de todos os atributos e dimensões (escore médio 3,8; IC 95%: 3,6-4,1), enquanto sua outra dimensão, a “Utilização”, obteve a melhor avaliação (escore médio 8,5; IC

Tabela 1. Distribuição de frequências das características demográficas e socioeconômicas dos participantes no estudo (n = 100).

Variáveis	Total*
Idade	
60-69 anos	43
70-79 anos	34
≥ 80 anos	23
Sexo	
Masculino	36
Feminino	64
Cor	
Branca	46
Preta	18
Parada	36
Escolaridade	
Analfabeto	42
Algum grau de instrução	58
Renda Familiar	
1 Salário Mínimo por pessoa	64
1-2 Salário Mínimo por pessoa	36
Estado Civil	
Casados	56
Não casados	44
Zona Residencial	
Urbana	60
Zona Rural	40

* Como o tamanho da amostra foi igual a 100, o total é igual à frequência relativa.

95%: 8,1-9,0). Ou seja, apesar de os idosos utilizarem o serviço, ainda relatam barreiras para um acesso adequado. Diferença tão importante não foi observada no atributo “Integralidade”, onde suas duas dimensões obtiveram escores baixos, com destaque para “Serviços Prestados”, que obteve a segunda pior avaliação dentre todas as dimensões avaliadas (escore médio = 4,0; IC 95%: 3,6-4,4).

Em relação aos 85 itens avaliados, seis entre os 10 com menor escore pertencem ao atributo essencial “Integralidade”, incluindo o pior item (O médico/enfermeira discutiu sobre segurança com arma de fogo?), com escore médio 0,3 (IC 95%: 0,0-0,7). Este e os demais itens fazem referência a ações de prevenção de agravos que deveriam compor parte da rotina das UBS. O atributo “Acesso de Primeiro Contato” é responsável pelos outros quatro itens entre os 10 pior avaliados, sendo todos eles relativos à dimensão “Acessibilidade”. Nesta dimensão, destacam-se os itens que evidenciam horário limitado de atendimento, relacionados com a provisão de atenção à noite, nos finais de semana e feriados. Os resultados dos 10 itens pior avaliados estão descritos detalhadamente na Tabela 2.

O nível de qualidade quantificado pelo construto geral do questionário não se associou a ne-

nhum dos fatores demográficos e socioeconômicos contemplados no estudo ($p > 0,05$), independente de se considerar os seis atributos desejáveis (escore Geral) ou somente os quatro essenciais (escore Essencial), como mostra a Tabela 3.

No entanto, ao analisar cada atributo separadamente, inclusive detalhando a análise ao nível de dimensão, identificamos que três dos seis atributos se relacionam com pelo menos um dos fatores considerados. A avaliação dos idosos de menor renda (menos de um salário mínimo por pessoa no domicílio) se associou significativamente com um melhor “Acesso de Primeiro Contato” ($p = 0,019$), influenciada pela relação significativa de sua dimensão “Utilização” ($p = 0,005$). A renda também se associou significativamente com a perspectiva do idoso sobre a “Coordenação” da atenção ($p = 0,034$), mais uma vez melhor avaliada pelos usuários com renda inferior.

Zona rural de residência se relacionou com uma melhor “Acessibilidade” ($p = 0,014$), a idade avançada com uma melhor perspectiva sobre a “Longitudinalidade” ($p = 0,014$) e o maior nível de escolaridade (alfabetizados) com a melhor avaliação dos “Serviços Prestados” ($p = 0,046$). Os demais atributos (Orientação Familiar e Orientação Comunitária) e dimensões (Inte-

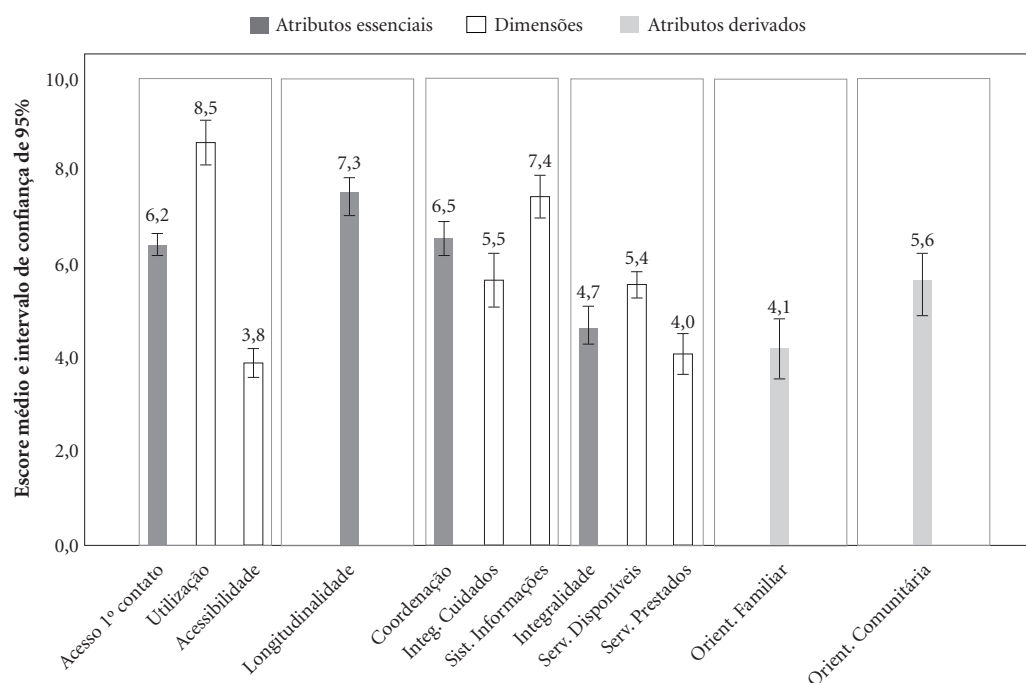


Gráfico 1. Escore médio dos atributos e suas respectivas dimensões.

Tabela 2. Descrição dos 10 itens com pior avaliação (prioritários para ações de melhoria) entre os 85 avaliados, de acordo com os respectivos.

Item	Atributo	Dimensão	Escore Médio (0-10)	IC 95%
O médico/enfermeira discutiu sobre segurança com arma de fogo?	Integralidade	Serviços Prestados	0,3	0,0-0,7
A unidade lhe oferece assistência quando você fica doente no período noturno?	Acesso de 1º contato	Acessibilidade	0,8	0,4-1,2
A sua unidade fica aberta nos finais de semana?	Acesso de 1º contato	Acessibilidade	0,9	0,6-1,3
A unidade lhe oferece assistência quando você fica doente no final de semana?	Acesso de 1º contato	Acessibilidade	1,1	0,6-1,6
A sua unidade fica aberta alguma noite até às 20h?	Acesso de 1º contato	Acessibilidade	1,3	0,9-1,6
O médico/enfermeira discutiu sobre o uso de cinto de segurança?	Integralidade	Serviços Prestados	1,5	0,8-2,1
Na sua unidade faz remoção de verrugas?	Integralidade	Serviços Disponíveis	1,7	1,2-2,2
O médico/enfermeira discutiu sobre prevenir queimaduras?	Integralidade	Serviços Prestados	1,7	1,0-2,4
O médico/enfermeira discutiu sobre como lidar com conflitos de família?	Integralidade	Serviços Prestados	2,0	1,4-2,6
O médico/enfermeira discutiu sobre exposição a substâncias perigosas?	Integralidade	Serviços Prestados	2,0	1,2-2,8

* Como o tamanho da amostra foi igual a 100, o total é igual à frequência relativa.

gração dos Cuidados, Sistema de Informações e Serviços Disponíveis) foram avaliados de forma homogênea em relação às variáveis consideradas. As Tabelas 3 e 4 detalham a variabilidade da avaliação dos atributos e dimensões, respectivamente, em relação aos fatores demográficos e socioeconômicos contemplados neste estudo.

Discussão

Este estudo aporta informação original sobre o nível de qualidade da Atenção Primária à Saúde, servindo de parâmetro para gestores, pesquisadores e profissionais envolvidos nos esforços para a melhoria deste componente fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS). Utilizando um questionário de relevância reconhecida internacionalmente e validado no Brasil, destaca-se por ser, provavelmente, a primeira avaliação com o PCATool - Brasil realizada exclusivamente com idosos. Este diferencial está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que estimula o desenvolvimento de pesquisas que visem à avaliação dos serviços de saúde voltados para esta população, e que a atenção deve ter como porta de entrada principal a APS¹. Desta forma, os resultados apresentados avaliam as respostas que o sistema

de saúde está dando às necessidades e expectativas desta população mais vulnerável e a capacidade que o mesmo possui de orientar sua atenção considerando os atributos da APS¹⁴.

Os idosos entrevistados, de modo geral, avaliam o atendimento recebido na atenção primária como sendo apenas mediano, havendo uma grande margem para sua melhoria, já que os valores dos escores Geral (5,7) e Essencial (6,0) obtidos estão distantes da nota máxima possível (10,0).

Isto corrobora os resultados de estudo anterior¹⁵, realizado com profissionais e usuários de todas as faixas etárias, considerando os princípios da estratégia saúde da família, que demonstrou escores baixos e aquém do esperado, e com estudo realizado no município de São Paulo¹⁶, também com profissionais e usuários de todas as faixas etárias, cuja avaliação dos escores médios obteve valor situado um pouco abaixo de 6,0. Se considerarmos que as populações são comparáveis, o resultado mostra que não há priorização da assistência ao idoso no município estudado, apresentando assim o mesmo nível de qualidade dos serviços. Era de se esperar que, por tratar-se de uma das parcelas mais vulneráveis da população, os esforços envidados para a organização e prestação de serviços ofertados aos idosos fossem diferenciados em busca do princípio da equidade.

Tabela 3. Análise bivariada da associação entre variáveis demográficas e socioeconômicas e os escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde e os escores Essencial e Geral (dicotomizados em maior que a mediana).

Atributo (> mediana) Variável	n	Acesso 1º Contato (> 6,5) n = 100		Longitudinalidade (> 4,5) n = 100		Coordenação (> 6,4) n = 57		Integralidade (> 4,6) n = 92	
		% (n)	p	% (n)	p	% (n)	p	% (n)	p
Idade									
60-69	43	42 (18)	,765	37 (16)	,014*	39 (10)	,261	48 (19)	,939
70-79	34	50 (17)		71 (24)		63 (12)		50 (16)	
> 80	23	44 (10)		52 (12)		50 (6)		45 (9)	
Sexo									
Masculino	36	50 (18)	,451	50 (18)	,764	57 (12)	,355	52 (16)	,604
Feminino	64	42 (27)		53 (34)		44 (16)		46 (28)	
Cor									
Branca	46	37 (17)	,206	59 (27)	,346	41 (11)	,376	49 (20)	,665
Preta	18	61 (11)		39 (7)		67 (6)		56 (9)	
Parda	36	47 (17)		50 (18)		52 (11)		43 (15)	
Nível de Escolaridade									
Analfabetos	42	43 (18)	,714	48 (20)	,456	40 (8)	,311	39 (15)	,123
Alfabetizados	58	47 (27)		55 (32)		54 (20)		55 (29)	
Renda Familiar (por pessoa)									
< 1 SM	63	54 (34)	,019*	52 (33)	,921	60 (22)	,034*	42 (25)	,161
1-2 SM	37	30 (11)		51 (19)		30 (6)		58 (19)	
Estado Civil									
Casados	56	48 (27)	,466	54 (30)	,723	58 (18)	,140	53 (27)	,273
Não casados	44	41 (18)		50 (22)		39 (10)		42 (17)	
Zona de Residência									
Urbana	60	48 (29)	,412	53 (32)	,744	51 (19)	,647	46 (26)	,738
Rural	40	40 (16)		50 (20)		45 (9)		50 (18)	
Atributo (> mediana) Variável	n	Orientação Familiar (> 3,3) n = 100		Orientação Comunitária (> 5,6) n = 94		Escore Essencial (> 6,2)		Escore Geral (> 5,8)	
		% (n)	p	% (n)	p	% (n)	p	% (n)	p
Idade									
60-69	43	49 (21)	,915	53 (21)	,422	42 (18)	,524	40 (17)	,360
70-79	34	44 (15)		39 (12)		47 (16)		56 (19)	
> 80	23	48 (11)		39 (9)		57 (13)		48 (11)	
Sexo									
Masculino	36	44 (16)	,701	42 (14)	,746	44 (16)	,701	50 (18)	,652
Feminino	64	48 (31)		46 (28)		48 (31)		45 (29)	
Cor									
Branca	46	50 (23)	,725	40 (18)	,283	46 (21)	,952	41 (19)	,564
Preta	18	50 (9)		63 (10)		50 (09)		50 (09)	
Parda	36	42 (15)		42 (14)		47 (17)		53 (19)	
Nível de Escolaridade									
Analfabetos	42	43 (18)	,480	49 (19)	,507	45 (19)	,764	48 (20)	,916
Alfabetizados	58	50 (29)		42 (23)		48 (28)		47 (27)	
Renda Familiar (por pessoa)									
< 1 SM	63	52 (33)	,159	49 (30)	,233	52 (33)	,159	51	,321
1-2 SM	37	38 (14)		36 (12)		38 (14)		41	
Estado Civil									
Casados	56	52 (29)	,279	42 (22)	,482	45 (25)	,594	46 (26)	,897
Não casados	44	41 (18)		49 (20)		50 (22)		48 (21)	
Zona de Residência									
Urbana	60	43 (26)	,368	47 (27)	,643	47 (28)	,935	50 (30)	,462
Rural	40	53 (21)		42 (15)		48 (19)		43 (17)	

* p-valor significativo, menor que 0,05; SM = Salário Mínimo; R = Renda; Z = Zona.

Tabela 4. Análise bivariada da associação entre variáveis demográficas e socioeconômicas e os escores altos (dicotomizados em maior que a mediana) das dimensões que compõem os atributos Acesso de Primeiro Contato, Coordenação e Integralidade.

Atributo	Dimensão mediana Variável	Acesso de 1º contato				Coordenação			
		Utilização** > 10,0 (n = 100)		Acessibilidade > 3,9 (n = 100)		Integração de Cuidados > 5,6 (n = 58)		Sist. De Informações > 7,8 (n = 93)	
		n	% (n)	p	% (n)	p	% (n)	p	% (n)
Idade									
	60-69	43	51 (22)	,647	44 (19)	,955	33 (9)	,059	31 (12)
	70-79	34	62 (21)		47 (16)		63 (12)		39 (13)
	> 80	23	57 (13)		44 (10)		67 (8)		43 (9)
Sexo									
	Masculino	36	67 (24)	,107	50 (18)	,451	57 (12)	,412	48 (15)
	Feminino	64	50 (32)		42 (27)		46 (17)		31 (19)
Cor									
	Branca	46	50 (23)	,537	46 (21)	,839	43 (12)	,445	41 (18)
	Preta	18	61 (11)		50 (18)		67 (6)		35 (6)
	Parda	36	61 (22)		42 (15)		52 (11)		31 (10)
Nível de Escolaridade									
	Analfabetos	42	52 (22)	,535	55 (23)	,095	45 (9)	,581	36 (13)
	Alfabetizados	58	59 (34)		38 (22)		53 (20)		37 (21)
Renda Familiar (por pessoa)									
	< 1 SM	63	67 (42)	,005*	48 (30)	,492	60 (22)	,056	39 (23)
	1-2 SM	37	38 (14)		41 (15)		33 (7)		32 (11)
Estado Civil									
	Casados	56	59 (33)	,506	46 (26)	,746	59 (19)	,113	41 (21)
	Não casados	44	53 (23)		43 (19)		39 (10)		31 (13)
Zona de Residência									
	Urbana	60	57 (34)	,869	35 (21)	,014	49 (18)	,785	33 (19)
	Rural	40	55 (22)		60 (24)		52 (11)		43 (15)

Atributo	Dimensão mediana Variável	Integralidade			
		Serv. Disponíveis > 5,3 (n = 92)		Serviços Prestados > 3,8 (n = 100)	
		n	% (n)	p	% (n)
Idade					
	60-69	43	51 (22)	,647	44 (19)
	70-79	34	62 (21)		47 (16)
	> 80	23	57 (13)		44 (10)
Sexo					
	Masculino	36	67 (24)	,107	50 (18)
	Feminino	64	50 (32)		42 (27)
Cor					
	Branca	46	50 (23)	,537	46 (21)
	Preta	18	61 (11)		50 (18)
	Parda	36	61 (22)		42 (15)
Nível de Escolaridade					
	Analfabetos	42	52 (22)	,535	55 (23)
	Alfabetizados	58	59 (34)		38 (22)
Renda Familiar (por pessoa)					
	< 1 SM	63	67 (42)	,005*	48 (30)
	1-2 SM	37	38 (14)		41 (15)
Estado Civil					
	Casados	56	59 (33)	,506	46 (26)
	Não casados	44	53 (23)		43 (19)
Zona de Residência					
	Urbana	60	57 (34)	,869	35 (21)
	Rural	40	55 (22)		60 (24)

* p-valor significativo, menor que 0,05; **Notas iguais à mediana, em virtude de não haver nota maior que 10,0; SM = Salário Mínimo.

Analisando-se os atributos melhor avaliados, percebe-se que a Longitudinalidade, com média 7,3, apresenta posição de destaque em comparação com os demais atributos e pode ser considerada satisfatória, já que possui média superior a 7,0. Isso representa um ponto positivo por se tratar de um atributo essencial e pressupor a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo⁶, bem como a adequada identificação da população adstrita com suas respectivas unidades de saúde.

O atributo Orientação Familiar obteve a pior avaliação, o que confirma outros estudos nos quais se observa um baixo nível de qualidade deste aspecto¹⁵⁻¹⁷. Dessa forma, enfraquece-se a relação do idoso com o sistema de saúde, na medida em que o seu cuidado deve se basear, fundamentalmente, na família, com o apoio das Unidades Básicas de Saúde¹⁷. Além disso, a família assume importante papel nos serviços de atenção domiciliar direcionados aos idosos, os quais se sentem mais confortáveis com a atenção recebida¹⁸. Por esta razão, provavelmente as equipes ainda não trabalham, na perspectiva da clínica ampliada, em integração com as famílias, procurando discutir as questões relativas à saúde levando em conta as histórias familiares, os fatores hereditários e, principalmente, os fatores culturais que interferem na condução do processo de cuidado do idoso. Considerado por Starfield⁹ um atributo derivado da APS, a Orientação Familiar deve adquirir no Brasil importância destacada, podendo passar à condição de atributo essencial, já que adotou-se como prioritária para a organização do modelo de atenção, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que deve entender o indivíduo “como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade”¹⁹.

O atributo Acesso de Primeiro Contato, embora não tendo sido um dos piores avaliados (score médio de 6,2) é considerado prioridade de ações de melhoria da qualidade, uma vez que uma de suas dimensões, a Acessibilidade, apresentou o pior score médio dentre todas as outras. Ainda merece atenção o atributo Integralidade na sua dimensão Serviços Prestados, que foi a segunda pior avaliada. A fragilidade nestes atributos enfraquece a APS na agenda decisória da política nacional de saúde, na medida em que a Estratégia da Saúde da Família torna-se carente nas suas características de modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático²⁰.

Em contraposição, o Acesso de Primeiro Contato também teve a dimensão melhor avaliada entre todas – Utilização – o que pode ter sido influenciado pelo fato de o estudo ter-se reali-

zado com idosos usuários do serviço de saúde. Viés semelhante ocorre na avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), do Ministério da Saúde do Brasil, uma vez que a população entrevistada se restringe a utilizadores dos serviços, ao passo que a avaliação do Acesso deveria incluir a população em geral do território de abrangência. Para minimizar este viés e viabilizar este estudo, foi utilizada a estratégia de entrevistar usuários em seus domicílios, por este ser um ambiente menos sujeito a interferências. A avaliação positiva do idoso com relação à Utilização pode ser justificada também pela própria população entrevistada, pois a idade pode ser um fator predisponente para a utilização dos serviços, por questões culturais e pela necessidade de acompanhamento constante, em razão da prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas^{21,22}.

É sabido que a Acessibilidade representa a ausência de barreiras organizacionais e/ou físicas para se conseguir atenção à saúde, como a delimitação de dias e horários de funcionamento. As UBS do município de Macaíba (RN) funcionam de segunda a quinta feira, das 7 às 17 horas, e às sextas feiras o expediente encerra-se ao meio dia. Isso representa séria limitação, uma vez que há um grande intervalo diário descoberto para a atenção, podendo ter repercussão na sobrecarga de outros níveis. Dessa forma, a possibilidade de atendimento na APS à noite e/ou nos finais de semana resolveria parte das queixas da população e contribuiria para amenizar a superlotação nas unidades de pronto-atendimento¹⁹. O investimento para superar este problema pode ser grande, por envolver toda a organização da ESF, como a criação de horários mais amplos e a contratação de profissionais, mas também pode trazer grandes benefícios para a população idosa atendida. Além disso, a facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde, juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento²³. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de medidas que minimizem os problemas de acessibilidade, e indica a sua prioridade no Plano de Reestruturação de UBS, proposto recentemente pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, corroborando-se também de aspectos preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica/2011²⁴ e contemplados no Decreto nº 7.508/2011²⁵.

Analisando-se mais detidamente o atributo Integralidade, em sua dimensão Serviços Dis-

poníveis, constatou-se que alguns dos seus itens foram mal avaliados quase à unanimidade, como colocação de talas, remoção de verrugas e realização de suturas, que fogem à realidade da oferta de serviços da grande maioria das unidades de atenção primária no Brasil, ficando a cargo dos serviços secundários e contribuindo para a baixa resolutividade da APS. Na dimensão Serviços Prestados, que trata de uma série de serviços ou orientações que poderiam ter sido oferecidos aos idosos em alguma consulta, percebe-se que orientações sobre o uso do cinto de segurança, a pergunta relativa à educação sobre segurança com arma de fogo em casa, orientações sobre a prevenção de queimaduras e quedas ou exposição a substâncias perigosas, são quase totalmente estranhas aos entrevistados. Isso denota diminuta atenção às práticas de educação e promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, ao autocuidado e ao suporte social ao idoso e seus cuidadores, interferindo negativamente na manutenção e resgate da autonomia de idosos, o que pode gerar grande impacto na saúde desta população²⁶.

Nesse sentido, torna-se plausível que a gestão da saúde considere a realização de capacitação específica das equipes para esses quesitos, pois sem programas adequados de prevenção e controle de tais agravos e suas complicações, direciona-se, inevitavelmente, o atendimento do idoso aos serviços de pronto-atendimento²⁷, não tendo como tratar as causas, mas somente as consequências. Além disso, a padronização destes processos prioritários requer investimento de baixa complexidade, podendo significar um grande custo/benefício como ação de saúde pública, pois assim evita-se a ocorrência de agravos mais dispendiosos ao sistema de saúde²⁸.

No que diz respeito aos fatores associados, os usuários de menor renda analisaram significativamente melhor o Acesso de Primeiro Contato, mais especificamente sua dimensão Utilização. Estudo realizado em município da região sul do país obteve resultado semelhante²⁹. Provavelmente isto ocorre porque esta população utiliza quase que exclusivamente os serviços públicos de saúde, enquanto aquela com maior renda pode recorrer a serviços privados quando encontram barreiras. Isso remete à necessidade de reflexão por parte de gestores de que é preciso que os serviços sejam universais e equitativos e indica que a ESF permanece como uma política ainda complementar e não substitutiva no âmbito da atenção primária à saúde³⁰. Provavelmente pelo mesmo motivo, os idosos de menor renda também analisaram significativamente melhor a Coordenação da atenção.

A associação da dimensão Acessibilidade com a zona de residência revela maior problema na zona urbana. Isto pode agravar o desvio desses pacientes para outros níveis de assistência, mais disponíveis nesta área geográfica, em virtude de uma insuficiente oferta e acesso às ações básicas³¹. Pode-se considerar também que, pelo fato de a zona rural ter historicamente menor oferta de serviços de saúde, isso possa interferir numa percepção superestimada da acessibilidade pelo idoso que reside nessa área, se houver uma existência mínima destes serviços.

A Longitudinalidade se associou significativamente à faixa de idade mais avançada (80 anos e mais). O que pode decorrer de uma relação profissional/paciente de maior vínculo devido a essa população ser acometida por doenças crônicas que requerem maior acompanhamento e frequentarem mais assiduamente os serviços de atenção primária. Pode, também, ser um indício da busca pela equidade nos serviços pesquisados.

Idosos com maior escolaridade perceberam significativamente melhor os Serviços Prestados. Essa dimensão do instrumento está relacionada, basicamente, às orientações durante as consultas sobre medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Um maior nível de escolaridade dos idosos pode proporcionar maior compreensão daquilo que é orientado nas consultas, bem como propiciar maior iniciativa para perguntar sobre questões relativas à saúde que envolvam o bem estar e aspectos preventivos.

Este estudo não se destinou a comparações entre as UBS, porém, a amostragem probabilística utilizada permite generalizar os resultados, dentro da precisão delimitada pelos intervalos de confiança, ao conjunto dos idosos atendidos pelas 20 USF do município estudado. Em relação a extrapolar os resultados ao país ou a outros municípios, é preciso ter precaução, pois as diferentes realidades podem influenciar tanto nos atributos prioritários de intervenção quanto nos fatores associados. Em qualquer caso, é possível que esta realidade se repita em outros municípios que compartilham as mesmas características organizacionais, demográficas e socioeconômicas.

Entretanto, é necessário reconhecer que a amostra talvez tenha sido insuficiente para a estimativa dos fatores associados, sendo necessário confirmar os resultados em um estudo mais amplo com este objetivo. Esta situação motivou a escolha por uma análise bivariada, o que limita o estudo em relação ao controle de possíveis fatores de confusão, fazendo com que algumas associações possam ser espúrias. Adicionalmente, estudos

futuros podem contemplar um maior número de variáveis independentes, que proporcione maior robustez às influências relativas aos fatores socioeconômicos e demográficos que influenciam na atenção primária à saúde do idoso.

Outra limitação do estudo está relacionada ao instrumento de avaliação utilizado e às dimensões e itens contemplados no mesmo. No entanto, a escolha foi efetuada devido ao questionário PCA-Tool - Brasil versão Adulto ser um instrumento de avaliação com parâmetros internacionais de qualidade da atenção primária, o que possibilita comparações com outras iniciativas. Também complementa outras metodologias, tais como a do PMAQ, que focam o acesso e a qualidade, mas não a avaliação segundo a perspectiva do idoso. Assim sendo, o estudo realizado permite uma visão mais precisa dessa parcela da população e pode orientar, de forma mais específica, a pesquisa e gestão nesta área.

Conclusões

Evidenciou-se margem para melhoria do cuidado ao idoso no município estudado, sendo prioritário ampliar o foco na família, o horário de funcio-

namento das UBS e a diversidade na prevenção de doenças e agravos. As prioridades que devem orientar gestores, profissionais e pesquisadores são no sentido de melhorar a Acessibilidade por diminuir as barreiras nos horários de funcionamento das UBS, que podem repercutir numa baixa resolutividade e até no colapso desnecessário de estabelecimentos de níveis de maior densidade tecnológica de assistência. Também incluem aumentar a Integralidade da assistência ao priorizar serviços de prevenção abrangentes, que vão além dos agravos e doenças mais prevalentes. Esta necessidade se evidencia pela limitada prática de ações de prevenção, autocuidado e suporte social ao idoso e ao cuidador, mostrando a necessidade de investimentos em ações pouco dispendiosas, como a formação profissional relativa a essas temáticas e a implementação de práticas voltadas para a prevenção de acidentes domésticos, de trânsito, orientações nutricionais e atividade física, com bastantes repercussões na saúde coletiva. Fatores sociodemográficos ligados à vulnerabilidade (menor renda, área rural e maior idade) associaram-se positivamente a diferentes atributos da APS, podendo indicar um caminho correto no sentido de buscar equidade no acesso e qualidade nos serviços de saúde.

Colaboradores

LUA Araújo e ZAS Gama participaram da concepção e elaboração do projeto, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final do artigo. FLA Nascimento, HFV Oliveira, WM Azevedo e HJB Almeida Júnior participaram da concepção e elaboração do projeto, coleta dos dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final.

Referências

1. Brasil. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário oficial da União* 2006; 20 out.
2. Pavarini SCI, Mendingo MSZ, Barham EJ, Varoto VAG, Filizola CLA. A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão? *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(3):398-402.
3. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cienc Saude Colet* 2012; 17(1):123-133.
4. Hein MA, Aragaki SS. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). *Cienc Saude Colet* 2012; 17(8):2141-2150.
5. Miyata DF, Vagetti GC, Fanhani HR, Pereira JG, Andrade OG. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: Um panorama nacional. *Arq Cienc Saude Unipar* 2005; 9(2):135-140.
6. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72-78.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde do Idoso*. [acessado 2010 maio 2]. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>
8. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Cienc Saude Colet* 2011; 16(9):3689-3696.
9. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool*. Brasília: MS; 2010. (MS. Normas e Manuais Técnicos).
11. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica* 2006; 2(8):1649-1659.
12. Figueiredo AM, Kuchenbecker R, Harzheim E. *Avaliação da atenção primária à saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.
14. Dotto JM, Hugo FN. *Orientação para a atenção primária à saúde utilizada por pessoas idosas de Porto Alegre, RS*. Porto Alegre: UFRGS; 2011.
15. Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBSV, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):S148-S158.
16. Ibañes N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALD. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Cienc Saude Colet* 2006; 11(3):683-703.
17. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Júnior A, Gomes A, Bousquat A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cad Saude Publica* 2006; 11(3):633-641.
18. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliar. *Texto Contexto Enferm* 2008; 7(2):304-312.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004*. Brasília: MS; 2006. (MS. Projetos, Programas e Relatórios).
20. Viana ALD, Pierantoni CR, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG. *Indicadores de monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
21. Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):817-827.
22. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes; 2012.
23. Ramos DD, Silva Lima MAD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de porto alegre, Rio grande do sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):27-34.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012. (MS. Legislação em Saúde).
25. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
26. Ramos RL, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica* 1993; 27:87-94.
27. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saude Publica* 1997; 31(2):184-200.
28. Estrella KA, Vianna CD. *Análise de custo de um programa de prevenção de internação para idosos no ambiente da saúde suplementar* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
29. Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Cienc Saude Colet* 2011; 16(6):2935-2944.
30. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis - Rev Saude Colet* 1998; 8(2):11-48.
31. Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Jesus WLA. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia de saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Rev APS* 2007; 10(2):189-199.

Artigo apresentado em 31/10/2013

Aprovado em 17/11/2013

Versão final apresentada em 22/11/2013