

**UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE – CESNORS
MEC/CAPES/UAB – POLO SANTA MARIA**

**INTEGRALIDADE DA SAÚDE DO IDOSO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

ARTIGO PARA ESPECIALIZAÇÃO

Vanessa Rodrigues Pucci

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

INTEGRALIDADE DA SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Vanessa Rodrigues Pucci

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organizações Públicas em Saúde da Universidade Aberta do Brasil - Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Educação Superior Norte – Cesnors - Mec/Capes/Uab – Polo Santa Maria como requisito parcial para obtenção do título de **especialista em Gestão de Organizações Públicas em Saúde.**

Orientadora: Prof. Dra. Teresinha Heck Weiller

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

O presente artigo encontra-se estruturado de acordo com as
normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

INTEGRALIDADE DA SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Resumo

A população mundial vem passando por um processo de transição demográfica, advindos das baixas taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida. Tais fatos desafiam as redes de atenção bem como, a equipe de profissionais a colocar a saúde do idoso nas agendas de ações, de maneira a contemplar os preceitos do Sistema Único de Saúde, dentre os quais o princípio da integralidade. O presente estudo objetiva identificar quais as evidências científicas acerca da integralidade da saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde. Realizou-se uma busca nas bases de dados LILACS, PubMed e SCOPUS, considerando publicações a partir do ano de 1982. Foram utilizados os descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde e os descritores sugeridos pelo Medical Subject Headings. Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2015, e 14 artigos compuseram o *corpus* do trabalho. Após análise emergiram três categorias: acesso à atenção primária com vistas à integralidade; serviços de saúde, profissionais e integralidade do cuidado; atendimento domiciliar e apoio familiar; que podem ser entendidas como as evidências científicas. Embora sejam necessários, os cuidados integrais da saúde do idoso ainda não são uma realidade tornando-se um desafio na Atenção Primária.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Idoso, Integralidade, Serviços de Saúde para Idosos, Integralidade em Saúde.

Abstract

The world's population has been undergoing a process of demographic transition, arising from low fertility rates and increased life expectancy. These facts challenges the care networks as well as the team of professionals to put the health of the elderly in the action agendas, in order to contemplate the principles of the Health System, of among which the principle of comprehensiveness. This study aims to identify which are the scientific evidence about the comprehensiveness of the elderly health in primary health care. The research was performed in the databases LILACS, PubMed and Scopus, considering publications from 1982. The descriptors were used according to the index of Descriptors in Health Sciences and the descriptors suggested by the Medical Subject Headings. The data were collected from August to October 2015 and 14 articles were included in the corpus of the text. After analysis of the articles emerged three categories: access to primary care with a view to comprehensiveness; health services, professional and comprehensiveness care; home care and family support; which can be understood as scientific evidence. Although necessary, the comprehensiveness care of the elderly health are not yet a reality becoming a challenge in Primary Healthcare.

Keywords: Primary Healthcare, Elderly, Health Services for the Aged, Comprehensive Healthcare

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo contínuo, individual, universal e irreversível, marcado por mudanças específicas, associadas à passagem do tempo, que se manifestam em graus e momentos diversos, o que lhe dá uma característica heterogênea, dinâmica e de grande variabilidade¹. O aumento da população idosa brasileira cresce em ritmo acelerado, seguindo uma tendência mundial². Este acontecimento é justificado por uma queda nas taxas de natalidade, acarretando uma série de situações que modificam, dentre outras coisas, a estrutura de gastos dos países³. Assim, o aumento da expectativa de vida e a redução da fertilidade podem ser considerados como principais fatores conducentes para esta transição demográfica⁴.

Logo, o envelhecimento da população exige o desafio de mudar a organização do sistema de saúde, a fim de que este consiga e possa atender a saúde do idoso com qualidade e de forma integral⁵. A velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado, como por exemplo, a França. Nesta foi necessário mais de um século para que o país visse sua população idosa aumentar de 7% para 14% do total⁶.

O ritmo de crescimento deste contingente populacional vem aumentando sistematicamente, de modo que no ano de 2009 o Brasil já contava com cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais⁷. A população idosa irá triplicar nas próximas quatro décadas, atingindo aproximadamente 65 milhões de pessoas no ano de 2050⁶. Neste mesmo ano há mundialmente uma projeção de aproximadamente 1,6 bilhões de pessoas idosas, dentre as quais, 70% residirão em países em desenvolvimento⁴. Ressalta-se que, de acordo com a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, considera-se idoso pessoas com 60 anos ou mais⁸. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) define

como idoso a pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos⁹.

O envelhecimento vai além de uma questão de ordem demográfica, é considerado um fenômeno complexo que envolve aspectos socioculturais, políticos e econômicos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos¹⁰. Neste sentido, em 1982 com a necessidade de ampliação dos direitos desta população, a Assembleia Mundial sobre Envelhecimento aprovou o Plano de Ação Internacional de Viena. Considerado como o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa¹¹.

Este documento, durante duas décadas, orientou o pensamento e a ação sobre o envelhecimento, fomentando iniciativas e políticas neste campo. Considerado o primeiro documento mundial que serviria de guia para nortear as políticas sobre o envelhecimento. Em 2002, na cidade espanhola de Madri, com vistas a obtenção de respostas para o enfrentamento de desafios impostos pelo envelhecimento da população no século XXI, representantes governamentais reúnem-se na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, a qual originou um Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento. No marco deste plano, foram adotadas medidas em nível nacional e internacional em três dimensões prioritárias, a saber: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem estar na velhice, além da criação de um ambiente de promoção favorável¹².

Durante os dois decênios que entremearam estes acontecimentos, a saúde em âmbito nacional passa a ser preocupação do Estado. Assim, em 1988, no cenário brasileiro o direito a institucionalização à saúde a todos os cidadãos se dá por meio da promulgação da Constituição Federal, seguido da implantação do Sistema Único de Saúde, o qual tem como porta preferencial a Atenção Primária à Saúde¹³. Em 1994 evidencia-se a atenção que recai sobre a população idosa, e tem-se a promulgação da Política Nacional do Idoso⁸.

Neste mesmo ano o Ministério da Saúde criava o Programa de Saúde da Família, com o principal objetivo de reorganizar a atenção primária, de acordo com os preceitos do SUS, com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de maneira integral e contínua¹⁴. Todavia, no tocante a saúde do idoso, somente no ano de 2006, por meio da promulgação do Pacto pela Vida e implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), esta passou a ser prioridade, tendo como uma de suas principais diretrizes a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. Desta forma o referido pacto, bem como a PNSPI, definiram que a atenção à saúde dessa população deve ter como porta de entrada a APS¹⁵.

Reforçando a ideia de que a APS é porta de entrada preferencial no SUS, Starfield¹⁶ traz a compreensão acerca deste nível de atenção, como o nível de um sistema de serviço de saúde que disponibiliza a entrada neste sistema para todas as novas necessidades e problemas, ofertando atenção para todas as condições (exceto as raras ou incomuns) no decorrer do tempo, e coordenando e integrando atenção fornecida como um conjunto de funções, que quando combinadas fazem parte estritamente da atenção primária.

A partir da definição da autora, é possível conceituar os quatro atributos essenciais dos serviços de APS, a saber: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade e coordenação da atenção, bem como três atributos derivados que qualificam as ações dos serviços de APS, sendo: atenção à saúde centrada na família; orientação comunitária e competência cultural. Desta forma, um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresentar os quatro atributos essenciais, ampliando a capacidade de interação com a comunidade e os usuários dos serviços, à medida que apresentar concomitantemente os atributos derivados¹⁷.

Assim, a integralidade, consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a

responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento dos problemas locais, oferecendo e garantindo os diversos serviços preventivos e curativos¹⁶. Ademais, a organização do sistema de saúde no Brasil precisa estar devidamente ajustada para o emergente e diferente perfil demográfico e epidemiológico decorrentes do aumento da população idosa. A prevenção e o retardamento de doenças, bem como, fragilidades, manutenção da saúde, independências e autonomia neste público, serão os maiores desafios relacionados à saúde em virtude do envelhecimento populacional⁶.

As redes de atenção de APS, bem como a equipe de profissionais serão desafiadas a colocar a saúde do idoso nas agendas de ações, pois, de acordo com Veras⁵ a identificação do risco e a integralidade da atenção são de suma importância. De modo que, uma vez identificado o risco, prioriza-se a reabilitação precoce, reduzindo o impacto das condições crônicas na funcionalidade do idoso, redirecionando o foco da atenção para a saúde e não mais para a doença.

Neste sentido, a gestão de serviços de saúde tem a finalidade de aperfeiçoar e otimizar o funcionamento das organizações, de maneira a obter o máximo de eficiência, eficácia e efetividade. Assim, a avaliação torna-se uma ferramenta necessária de apoio à gestão pela sua capacidade de aprimorar a qualidade da tomada de decisão¹⁸. No que tange a atenção primária em saúde, a avaliação torna-se essencial, pois possibilita um olhar crítico sobre o que está sendo feito, bem como, permite uma comparação com o que deveria estar ocorrendo, oportunizando correções e melhorias nos processos em busca de melhores resultados¹⁹.

Diante do exposto, justifica-se a realização desta revisão, pois a mesma permitirá uma interpretação do conhecimento produzido acerca da integralidade da saúde do idoso no âmbito da APS, podendo assessorar o desenvolvimento de futuras investigações. Deseja-se que esta possa contribuir para a melhoria da atenção à saúde deste contingente populacional, auxiliando a efetivação de ações em prol desta população. Neste sentido, o objetivo que centra

este trabalho encontra-se na busca de evidências científicas acerca da integralidade da saúde do idoso na APS. Para tanto a pesquisa foi norteada pela seguinte questão: Quais as evidências científicas acerca da integralidade da saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde?

METODOLOGIA

Optou-se por uma revisão integrativa da literatura, a qual permite a síntese de diversos estudos publicados, possibilitando conclusões gerais no que se referem às áreas específicas de estudo. Considera-se este método de pesquisa uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisa, haja vista proporcionar a síntese do conhecimento produzido, fornecendo subsídios para o aprimoramento da assistência à saúde²⁰.

Para a operacionalização desta revisão foram desenvolvidas seis etapas: estabelecimento do objetivo da revisão integrativa, identificação dos critérios para a seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados²⁰.

A busca foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Public Medline* (PUBMED) e SCOPUS. A escolha das referidas bases se deu em virtude de sua abrangência (nacional e internacional), bem como, por serem consideradas referências no conhecimento na área da saúde. Como recorte temporal, optou-se pelo ano de 1982¹¹ considerando a aprovação do Plano de Ação Internacional de Viena ocorrido na Assembleia Mundial sobre Envelhecimento por ser a primeira iniciativa em nível mundial, voltada para o envelhecimento.

Os critérios de inclusão utilizados na busca foram: artigos na íntegra, disponíveis *online*, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos que não se relacionavam com a temática estudada ou não respondiam a questão norteadora. Os

artigos duplicados foram considerados apenas em uma das bases.

A busca foi realizada no período de agosto a outubro de 2015, orientada pelos descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) da Biblioteca Virtual de saúde (BVS). Definiram-se os descritores: “Atenção Primária à Saúde”, “idoso”, “saúde do idoso”, “idoso de 80 anos ou mais”, “serviços de saúde para idosos”, “meia idade”, “integralidade em saúde”, “assistência integral à saúde”, bem como, seu sinônimo “Integralidade”, para ampliar a procura.

Na base de dados LILACS, após descritores e palavras definidos, estes foram combinados utilizando-se os operadores booleanos “OR” e “AND” obtendo-se como estratégia de busca: "integralidade em saúde" OR "assistência integral à saúde" [Descritor de assunto] OR "integralidade" [Palavras] AND "idoso" OR "idoso de 80 anos ou mais" OR "serviços de saúde para idosos" OR "meia-idade" [Limites]. Ressalta-se que, embora “Atenção Primária à Saúde” seja um descritor importante, quando utilizada em conjunto com os descritores e/ou palavra selecionados, se obteve um número pequeno de produções justificando a não utilização deste descritor.

Para pesquisa na PubMed utilizou-se os descritores sugeridos pelo Medical Subject Headings (MeSH): primary health care [MeSH Terms] AND health services for the aged [MeSH Terms] AND comprehensive health care [Title/Abstract] OR integrity [Title/Abstract]. A partir destes, e com a utilização dos limites disponibilizados na referida base, obteve-se a seguinte estratégia: (("primary health care"[MeSH Terms] AND "health services for the aged"[MeSH Terms]) AND comprehensive health care[Title/Abstract]) OR integrity[Title/Abstract] AND ("humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])) AND ("aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR "middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms])).

Na base de dados SCOPUS utilizou-se associações de expressões “primary health

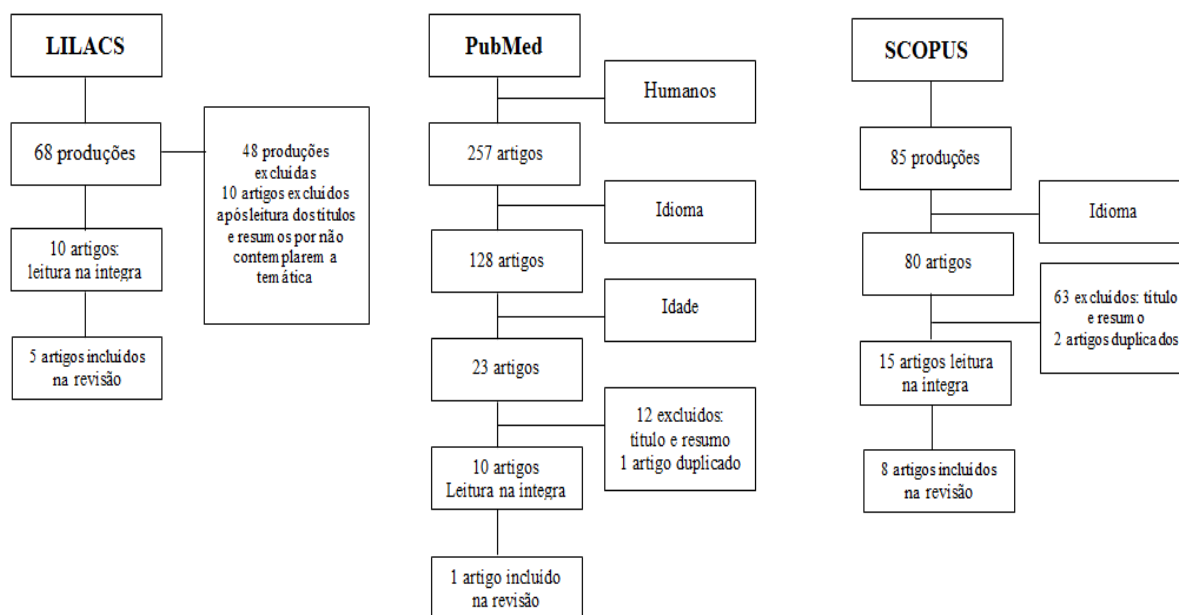
care” AND “comprehensive health care” OR “integrality” AND “health services for the aged” OR “aged”, obtendo-se a seguinte estratégia: ("primary health care") AND TITLE-ABS-KEY ("integrality") OR TITLE-ABS- KEY ("comprehensive health care") AND TITLE-ABS-KEY ("aged") OR ALL ("health services for the aged").

Salienta-se que as estratégias utilizadas nas buscas dos artigos, foram adaptadas de acordo com as especificidades de cada uma das bases selecionadas. Para garantir acesso ao maior número de artigos na íntegra utilizou-se o sistema de acesso livre aos periódicos CAPES e utilizando-se os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se como amostra inicial 68 produções na LILCAS, 257 artigos na PubMed e 85 produções na SCOPUS. O detalhamento da busca será apresentado na forma de fluxograma (Figura 1).

Os estudos selecionados foram classificados de acordo com os sete níveis de evidências propostos por Melnyk, Fineout-Overholt²¹, e organizados em ordem decrescente, considerando o ano de publicação. Os achados serão apresentados na forma de quadro sinóptico contendo as seguintes informações: nível de evidência (NE), título do artigo, autores, ano de publicação, país de origem do estudo, objetivo, método e conclusão. (Quadro 1).

As análises foram realizadas por meio de leitura e agrupamento dos artigos, os quais deram origem à construção de três categorias, utilizando como referência metodológica o método de Análise de Conteúdo proposto por Minayo²².

Figura 1- Fluxograma da seleção dos artigos nas bases de dados



RESULTADOS

Na presente revisão, de acordo com as estratégias de busca estabelecidas, obtiveram-se sessenta e oito (n=68) produções na LILACS, vinte e três (n=23) artigos na PubMed após utilização dos filtros e oitenta e cinco (n=85) artigos SCOPUS.

Respeitando os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos foram selecionados dez (n=10) artigos na LILACS, dez (n=10) artigos na PubMed e quinze (n=15) artigos na SCOPUS para serem lidos na íntegra. Após a leitura, o corpus do presente estudo é composto por (n=14) artigos. Posteriormente, a descrição dos resultados implicados na temática proposta por esta revisão, será apresentada no quadro sinóptico contendo as seguintes informações: nível de evidência, título e nome dos autores, país de origem do estudo, ano de publicação, objetivo, método, resultados e conclusão (Quadro 1).

Quadro 1. Quadro sinóptico com a descrição dos resultados

NE	Título/Autor	País de origem do estudo	Ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados	Conclusões
6	Integrating Healthcare for Older Populations Boult C; Pacala JT ²³	Estados Unidos	1999	Descrever as principais diferenças envolvidas na integração de cuidados para idosos ²³	---	Um sistema de saúde deve integrar o cuidado de idosos por meio de prestadores, tanto nos serviços especializado quanto nos serviços de atenção primária.	As organizações de saúde são incentivadas a criar modelos integrados de atenção e de estudar os efeitos da integração sobre os resultados dos pacientes.
6	Primary Care Attributes and Care for Depression Among Low-Income African American Women O'Malley, AS; Forreste, C.; Miranda, J. ²⁴	Estados Unidos	2003	Examinar a associação entre os atributos dos prestadores de cuidados primários e os cuidados para a depressão ²⁴	Quantitativo	Mulheres que recebiam cuidados de maneira mais integral eram mais propensas a ter sintomas de depressão percebidos.	Quanto maior a integralidade no cuidado maior a probabilidade das mulheres serem questionadas sobre sintomas de depressão.
6	Discordance in Perceptions of Barriers to Diabetes Care Between Patients and Primary Care and Secondary Care ²⁵	Nova Zelândia	2007	Comparar as barreiras percebidas aos cuidados de diabetes ²⁵	Quantitativo	Barreiras psicológicas aparecem como as principais barreiras para 55,5% dos pacientes e 91% dos profissionais de saúde da clínica geral	As barreiras mais importantes para o cuidado da diabetes percebida pelos pacientes são as psicológicas
6	La integralidad	Espanha	2009	Analisar a saúde	Reflexão	No Brasil os gestores	Os idosos precisam de

	<p>en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español. Costa, MFBA; Ciosak, SI; Bartolomé, AG; Isern, MTI.²⁶</p>			<p>integral dos idosos na APS no Brasil e na Espanha²⁶</p>		<p>dos serviços entendem a integralidade como um conjunto amplo de ações, um acompanhamento diferenciado. O PSF está estimulando os idosos a irem mais até as unidades. O sistema espanhol enfatiza mais os cuidados aos idosos dependentes, a qual implica em uma atenção mais curativa, que não corresponde com os princípios da filosofia e da reforma da APS.</p>	<p>mais agilidade no sistema. Os gestores devem centrar seus esforços aos idosos independentes, sem abandonar os dependentes, e fomentar um modelo de cuidado baseado no desenvolvimento de atividades preventivas, e garantir a autonomia, atenção integral, participação e continuidade da assistência.</p>
6	<p>Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. Costa; MFBNA; Ciosak, SI.²⁷</p>	Brasil	2010	<p>Analisar o entendimento dos profissionais de saúde sobre atenção integral e necessidades de saúde dos idosos, do Programa Saúde da Família (PSF), no Município de Santos²⁷</p>	Qualitativo	<p>Três categorias: 1ª Os serviços de saúde e os profissionais de saúde da USF; 2ª O atendimento às necessidades de saúde dos idosos; 3ª A integralidade e as necessidades de saúde dos idosos.</p>	<p>A análise revelou que os profissionais se esforçam para atender as necessidades de saúde dos idosos através de ações de prevenção e promoção da saúde. No entanto, suas necessidades psicossociais não estão sendo atendidas.</p>
6	<p>Primary Care Attributes and Mortality: A National Person-Level Study Jerant, A; Fenton, JJ; Franks, P.²⁸</p>	Estados Unidos	2012	<p>Examinar se o acesso aos atributos da atenção primária estão associados ao menor risco de mortalidade²⁸</p>	Quantitativo	<p>Pessoas mais pobres e menos escolarizadas, sem seguros privados relataram menos acesso aos atributos de cuidados primários.</p>	<p>Maior acesso aos atributos relatado foi associado com menor mortalidade.</p>

6	Extended Office Hours and Health Care Expenditures: A National Study Jerant, A; Bertakis, KD; Fenton, JJ; Franks, P. ²⁹	Estados Unidos	2012	Examinar a associação entre o acesso relatado para hora estendida e gastos com saúde e mortalidade ²⁹ .	Quantitativo	Total de despesas menor nos pacientes que relataram acesso ao horário estendido.	Horário estendido pode estar associado com um uso mais criterioso de recursos, todavia não foi associado à mortalidade.
6	O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social Caldeira S, Merighi MAB, Muñoz LA, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM ³⁰	Brasil	2012	Compreender a ação de cuidar da mulher idosa, sob a perspectiva do enfermeiro ³⁰	Qualitativo	O enfermeiro considera, para a realização do cuidado, a bagagem de conhecimentos e a situação biográfica da mulher idosa e valoriza a participação da família como mediadora do cuidado. Espera realizar um cuidado qualificado para essas mulheres.	A abordagem teórico-metodológica da fenomenologia social permitiu develar que o enfermeiro projeta o cuidado qualificado à mulher idosa como uma possibilidade no contexto em que está inserto.
6	Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. McCusker, J; Tousingnant; Silva, RB; Ciampi, A; Lévesque, JF; Vadeboncouer; Sanche, S. ³¹	Canadá	2012	Determinar os efeitos dos cuidados prestados por médicos de atenção primária ³¹	Quantitativo	Exames físicos anuais e completos são reflexos de um atendimento integral por parte de um médico da família.	Idosos com doenças crônicas quando filiados a um médico da família são mais beneficiados.
6	Assessing	Estados Unidos	2013	Explorar a diferença	Quantitativo	No geral, o sono, a dor,	As diferenças

	Health Status Differences Between Veterans Affairs Home-Based Primary Care and State Medicaid Waiver Program Clients Wharton, TC; Nnodim, J; Hogikyan, R; Mody, L; James, M; Montagnini, M; Fries, B. ³²			entre dois modelos de atenção ³²		a doença arterial coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer são problemas significativos para os clientes do veterano e clientes tratados através MWP-atendimento domiciliar em Michigan têm taxas superiores à média nacional de demências, diabetes, hipertensão, artéria coronária doença.	identificadas nas necessidades de cuidados de estes 2 grupos fornecem um argumento para os governos de reconsiderar a forma como os serviços de assistência domiciliar são atribuídos, em relação às necessidades de seus consumidores.
6	Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? Almeida, RT; Ciosak, SI ³³	Brasil	2013	Verificar as formas de comunicação utilizadas em quatro Unidades Básicas de Saúde com equipes da Estratégia Saúde da Família ³³	Qualitativo	1ª categoria: comunicação assertiva verbal e não verbal; 2ª categoria: comunicação bloqueada verbal e não verbal	Ao analisarem-se as formas de comunicação utilizadas na interação entre idoso e equipe de saúde da ESF, visualizou-se que as ações da integralidade nem sempre estiveram presentes tanto na AB como também no nível de média complexidade da assistência à saúde, fragilizando o cuidado integral.
6	Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe.	Brasil	2013	Compreender como vem sendo realizado o cuidado ao idoso em uma Unidade de Saúde da Família segundo a	Qualitativo	-Práticas reducionistas sem a valorização do idoso de forma integral, -Dificuldade de escuta, Dificuldade na abordagem ao paciente, -Barreiras no cuidado	-Os profis. reconhecem o despreparo para atender essa população. -Ainda é forte o modelo biológico, fragmentado, sendo um desafio para a saúde pública atual.

	Coutinho, TA; Popim, RC; Arregã, K; Spiri, WC ³⁴			visão dos profissionais de saúde ³⁴		relacionados ao acesso, disponibilidade, conhecimento e limites da profissão.	-A gestão do serviço influencia diretamente a assistência aos idosos.
6	Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contra - referência nos serviços de saúde. Brito, MCC; Freitas, CASL; Silva, MJ; Albuquerque, IMN; Dias, MAS ³⁵	Brasil	2014	Analisar a atenção à saúde do idoso nas redes assistenciais por meio do sistema de referência e contrarreferência, considerando o princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) ³⁵ .	Qualitativo	-Prática fragmentada, -Carência de contra- referência, -Falta de orientação ao idoso, limitando-o a realizar ações consideradas básicas. Falha na comunicação entre os níveis do cuidado. -	Constatou-se ser necessário repensar a prática que perpassa as redes assistenciais de saúde, uma vez que o idoso carece de ações de saúde mais efetivas. Ausência de referência e contra referência evidencia uma lacuna significativa na atenção integral ao idoso.
6	Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. Vello, LS; Popim, CR; Carazzali, EM; Pereira, MAO ³⁶	Brasil	2014	Compreender a percepção do idoso acerca do atendimento na Unidade de Saúde da Família ³⁶ .	Qualitativo	-A escuta dos sujeitos revela dualidade na percepção do atendimento recebido, emergindo aspectos positivos e negativos. - Elegem a visita domiciliar, a distribuição de medicamentos e a própria assistência na unidade como positivos e o tempo de espera e demora no agendamento como negativos. -Revelam desconhecerem o direito à saúde e apresentam demanda de ações individualizadas de cuidado, e, embora	O estudo revela que, embora possa haver integralidade nas ações de uma equipe bem articulada, o cuidado integral à saúde poderá ser alcançado em rede, integrado em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde, beneficiando, assim, os sujeitos dessas ações.

						algumas vezes necessitem de cuidados complexos em saúde, sequer demandam cuidado em rede integrada.	
--	--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--

De acordo com os anos de publicação, os artigos que compuseram esta revisão, encontravam-se entre os anos de 1999 e 2014. Configurando uma ausência de publicações selecionadas para esta abordagem na década de 1980, haja vista o recorte temporal ter se dado a partir de 1982.

Nos anos de 1999, 2003, 2007, 2009 e 2010 foi encontrada uma publicação em cada ano ^(23, 24, 25, 26, 27). O ano de 2012 aparece como o ano do maior número de artigos, sendo 28% (n=4) do total das publicações ^(28, 29, 30, 31), seguido do ano de 2013 com 22% (n=3) dos artigos encontrados ^(32, 33, 34). O ano de 2014 traz duas pesquisas, totalizando 14% (n=2) do total encontrado ^(35, 36).

O país que teve o maior número de estudos dentre os achados foi o Brasil com 43% (n=6) das produções ^(27, 30, 33, 34, 35, 36), seguido dos Estados Unidos com 36% (n=5) das publicações ^(23, 24, 28, 29, 32). A Nova Zelândia ⁽²⁵⁾, a Espanha ⁽²⁶⁾ e o Canadá ⁽³¹⁾ detêm os 21% (n=3) restantes de publicações.

Quanto aos periódicos das publicações 14% (n=2) dos trabalhos foram publicados na Revista Escola Anna Nery ^(34, 36), 14% (n=2) na Revista Latino Americana de Enfermagem ^(30, 33) e 14% (n=2) na Annals of Family Medicine ^(28, 29).

O idioma predominante nas publicações encontradas foi o inglês ^(23, 24, 25, 28, 29, 31, 33, 37) com 57% (n=8), 36% (n=5) são no idioma português ^(28, 31, 34, 35, 36), e 7% (n=1) no idioma espanhol ⁽²⁶⁾.

Quanto aos tipos de delineamento das pesquisas dos artigos avaliados, evidenciou-se que 43% (n=6) dos artigos utilizaram a abordagem metodológica qualitativa ^(27, 30, 33, 34, 35, 36), 43% (n=6) desenvolveram a pesquisa utilizando o método quantitativo ^(24, 25, 28, 29, 31, 32), um é artigo de reflexão ⁽²⁶⁾, equivalente a 7% das produções, e 7% (n=1) não descreveram a metodologia utilizada ⁽²³⁾. Quanto aos níveis de força de evidência obtidas todos se encontravam no nível 6, pois são estudos descritivos ou qualitativos.

Provenientes da base de dados LILACS foram selecionados 36% (n=5) dos artigos ^(27, 33, 34, 35, 36), na base PubMed foi selecionado 7% (n=1) dos artigos ⁽²⁶⁾ e na base de dados SCOPUS foram selecionado 57% (n=8) dos artigos ^(23, 24, 25, 28, 29,30, 31, 32).

DISCUSSÃO

De maneira geral todos os atributos que fazem parte da APS perpassam o atributo da integralidade, de modo que vários fatores podem corroborar ou não para sua efetividade. Desta forma, raramente aparece de maneira isolada.

Quando na atenção primária, este atributo é contemplado por um conjunto (variado) de serviços prestados pela equipe de saúde que visam atender as necessidades da população. Neste sentido, após análise dos artigos selecionados foi possível identificar três categorias no que tange a integralidade da saúde do idoso.

Desta maneira, possibilitando identificar o que versam as produções científicas acerca desta temática, e assim descrever as evidências encontradas nesta revisão. Tais categorias serão apresentadas a seguir.

Acesso à atenção primária com vistas à integralidade

A atenção integral à saúde da população idosa é complexa, envolvendo múltiplas comorbidades e prejuízos funcionais de diversos graus, promovendo limitações em atendimentos ambulatoriais, restringindo a capacidade de atendimento destes serviços. Fato este, que vem favorecer o aumento do número de visitas não programadas aos departamentos de emergência³². O processo de envelhecimento traz consigo a diminuição da mobilidade dos idosos, dificultando o deslocamento dos mesmos, resultando em dificuldades quanto ao

acesso aos serviços de saúde²⁶.

Idosos expressam que gostam do atendimento que recebem na atenção primária e sinalizam o acesso em relação às mais variadas necessidades³⁶. Quando atendidos por médicos da atenção primária, têm maior integralidade da atenção e menor utilização dos serviços de emergência. Outrossim, os efeitos benéficos de ser filiado a um médico da atenção primária são evidentes em comparação a um especialista ou não ter acompanhamento com nenhum médico de cuidados primários³¹. O que reforça a necessidade de ampliação do acesso neste nível de atenção.

O acesso aos serviços de saúde, neste cenário, é parte importante no tocante à integralidade da saúde do idoso²⁹. O acesso à noite ou nos finais de semana é tido como um imperativo para a melhoria do acesso aos cuidados integrais em atenção primária²⁸. Existe também uma relação entre o horário estendido (noite e finais de semana) nos serviços de atenção primária e um menor nível no uso dos departamentos de emergência²⁹.

Ademais, os médicos de atenção primária quando oferecem acesso prolongado tendem a prestar mais atenção aos custos em geral. Há uma tendência em prescrever medicações mais baratas, como por exemplo, medicações genéricas, e baixo número de solicitações de exames, de modo a contribuir com custos mais baixos relacionados à saúde²⁹, demonstrando uma preocupação com todas as dimensões do paciente, inclusive àquela que se refere à situação econômica.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, verificou-se que um maior acesso aos atributos da atenção primária está associado com baixa mortalidade, de maneira que o atributo da integralidade e a atenção centrada ao paciente são estabelecidos como elementos centrais²⁸.

Serviços de saúde, profissionais e integralidade do cuidado

A agilidade no sistema de saúde^{26, 27} aparece como uma evidência, no que se refere à integralidade da saúde do idoso. Embora a assistência integral seja princípio básico do Sistema Único de Saúde, na percepção de alguns idosos, o atendimento oferecido está mais próximo à dádiva e não ao direito à saúde³⁶.

A gestão dos serviços é fundamental no atendimento integral. É trazida à tona, no momento em que os idosos comparam a integralidade do cuidado quando recebidos na gestão, no momento do estudo, com aqueles recebidos nas gestões anteriores³⁶. A falta de apoio da gestão pode conduzir os profissionais apenas ao cumprimento de programas, de modo que as práticas acabam se tornando reducionistas, e sem a devida valorização do paciente idoso³⁴.

A ausência de referência e contra-referência é mais um dos entraves no alcance da integralidade na saúde do idoso, evidenciando uma lacuna significativa³⁵. Neste sentido, a ineficiência ou inexistência de comunicação entre os setores de atenção primária e os níveis de média complexidade é apontada como relevante evidência no que concerne aos cuidados integrais da população idosa³³.

Ademais, a burocratização do sistema impede que os idosos deem continuidade nos cuidados^{27, 35}. Para que haja integralidade plena de cuidado ao idoso, esta só poderá ser alcançada em rede integrada³⁶.

A necessidade de organizar os serviços de saúde torna-se urgente³⁶ devendo-se repensar a prática que perpassa as redes assistenciais de saúde, pois o idoso necessita de ações efetivas³⁵ e de uma equipe bem articulada³⁶. Quando um profissional de saúde encaminha o idoso para um serviço mais especializado, ele deve estar ciente de todos os procedimentos pelos quais o paciente foi submetido, todavia são observadas práticas fragmentadas devido à falta de referência e contra referência entre os níveis de saúde³⁵. Estudo observa que

raramente os profissionais da atenção primária se comunicam eficazmente uns com os outros, e conseqüentemente há uma falta de integração entre os planos de serviços dos mesmos, quando direcionados às necessidades mais complexas desta população²³. Ademais, as práticas acontecem de forma reducionista, pois os diferentes níveis de atenção não mantêm comunicação um com o outro, e assim, executam ações isoladas que se repetem em vários pontos da rede³⁵.

Salienta-se que o sucesso ou o fracasso de uma equipe voltada para atender o idoso, está vinculado às competências dos membros da equipe, bem como a sua capacidade em coordenar seus esforços na adequada aplicação de seus conhecimentos voltados para as necessidades mais complexas destes pacientes²³. Destaca-se a necessidade de comunicação tanto nos níveis de atenção, quanto entre os profissionais e, sobretudo entre profissionais e idosos. Formas não verbais de comunicação, quando expressas tanto pelos profissionais quanto pelos idosos demonstraram reciprocidade, sinais de vínculo, afeto e respeito entre os interlocutores, atendendo a integralidade no cuidado em saúde³³. Haja vista a comunicação ser também considerada um fator limitante no contexto do atendimento integral, ao se considerar o processo natural do envelhecimento³⁰. E assim, tem-se que a atenção centrada ao paciente e os cuidados integrais à saúde oportunizam a prevenção e facilitam o cuidado com patologias agudas e crônicas²⁹.

Em estudo realizado em Quebec, constatou-se que uma maior integralidade no cuidado pode prever o uso dos serviços de emergência em população de idosos, e evidenciam-se os benefícios da integralidade, quando seguidos por um profissional médico na atenção primária. No âmbito da APS potenciais benefícios de atendimento integral à saúde do idoso podem ser comprovados pelo número de exames físicos completos feitos anualmente³¹. Outrossim, o leque de intervenções destinadas a enfrentar todos os desafios, na atenção primária, deve ser coordenado para ser maximamente eficaz e eficiente²³.

Neste sentido, a equipe de profissionais é sugerida como a abordagem mais promissora no intuito de coordenar os cuidados mais complexos, com vistas a superação destes desafios, efetivando a integralidade do cuidado²³. A atuação dos profissionais de saúde na atenção primária é parte importante no contexto da integralidade. Estes se esforçam para atender as necessidades dos idosos²⁷, todavia se sentem despreparados para atender esta população³⁴.

Aumento da demanda, escassez de tempo, poucos profissionais, cobrança no alcance de metas são fatores apontados como dificuldades encontradas pelos profissionais na realização de um atendimento integral, prejudicando a qualidade dos atendimentos³⁴. Com relação ao profissional enfermeiro, este percebe que sua formação é insuficiente para o cuidado à pessoa idosa³⁰. Neste sentido a comunicação, outra vez, poderá ser salientada como um fator limitante no que diz respeito aos cuidados integrais. Haja vista, a diminuição da audição, inerente ao processo do envelhecimento, ser salientada como dificuldade com relação à comunicação efetiva entre profissional e paciente³⁰.

Estudo aponta para a necessidade de os profissionais de saúde se conscientizarem do processo do envelhecimento e planejarem estratégias de cuidados em suas unidades³⁶. Alguns profissionais de saúde atuantes na APS reconhecem o modelo biológico fragmentado, e por isso acreditam que as necessidades psicossociais desta população não estão sendo atendidas²⁷.

34 .

Em estudo com idosos diabéticos, constatou-se que uma das principais barreiras de impedimento à completa adesão de tratamentos, de acordo com a percepção dos idosos, é àquela relacionada aos aspectos psicológicos. A extensão e a importância das questões psicológicas entre os pacientes sugerem uma grande e importante necessidade negligenciada²⁵.

Entretanto, outro estudo realizado com idosas afro-americanas, destaca que aquelas

mulheres, cujos cuidados eram provenientes de médicos de atenção primária, foram mais propensas a ter as necessidades psicossociais atendidas no que se refere à depressão. A integralidade do cuidado provido por médico da atenção primária foi significativamente associado com a investigação e o tratamento para a depressão²⁴. Desta forma, complementa-se, ao dizer que fatores psicossociais podem influenciar o estado de saúde de pessoas idosas, bem com suscitar a necessidade de outros serviços relacionados à saúde desta população²³.

Acredita-se que na atenção primária, geriatras e gerontólogos são profissionais mais apropriados em função de seu conhecimento e experiência²³. Entretanto, todos os profissionais de saúde precisam enxergar o idoso além de suas limitações, e percebê-lo com direito à saúde nos diferentes níveis de complexidade³⁶.

Atendimento domiciliar e apoio familiar

Vários aspectos compõe a dimensão da integralidade em saúde. Sabe-se que a compreensão das necessidades especiais dos idosos pode ajudar a melhorar a qualidade de vida desta população, garantindo as melhores práticas além de uma melhor alocação de recursos para o atendimento desta clientela. Assim, pensar em programas com prestação de cuidados primários em âmbito domiciliar pode contribuir para alcançar o máximo do cuidado com vistas à integralidade. Em um grupo de idosos veteranos de guerra contemplados por uma destas iniciativas, foi possível evidenciar a prevalência de problemas do sono, doença de artéria coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer³².

O atendimento domiciliar, na atenção primária tenta fornecer à pessoa idosa um atendimento integral, na medida em que os profissionais neste atendimento buscam estar cientes dos procedimentos pelos quais os idosos foram submetidos, bem como seus diagnósticos e processos terapêuticos³⁵. A visita domiciliar permite conhecer a realidade dos

idosos, que em decorrência das fragilidades causadas pelas patologias não conseguem procurar os serviços²⁷. Os serviços de cuidados domiciliares são projetados para trazer o máximo de cuidado ao idoso³². Neste sentido, os idosos percebem de maneira positiva o atendimento domiciliar, bem como os atendimentos realizados em unidades de saúde³⁶.

Constatou-se que idosos veteranos de guerra, com cuidados primários em ambiente domiciliar, são mais castigados pelas doenças crônicas, comparados a um grupo de idosos civis. O grupo também sofre com níveis elevados de solidão, fatores que podem corroborar para o aumento de hospitalizações³². O abandono pelos familiares é considerado pelo profissional da enfermagem como um agravante para o cuidado integral da saúde de idosos, interferindo tanto no planejamento quanto na continuidade do cuidado³⁰.

Os familiares ou amigos dos pacientes desempenham papéis importantes na prestação de cuidado, além dos cuidados provenientes das equipes multidisciplinares na atenção primária²³. Em alguns casos as condições de moradia dos idosos são precárias e os mesmos são abandonados pela família. Desta forma, o idoso precisa do suporte de todos os profissionais de saúde que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família, bem como de profissionais do serviço social e psicologia²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao objetivo dessa revisão, observou-se nos artigos analisados que a integralidade da saúde do idoso, na maioria das pesquisas oriundas das bases selecionadas, não é necessariamente nem o objetivo, nem tão pouco o objeto dos estudos. Quando abordada, aparece de maneira superficial e como uma pequena parte dos resultados das pesquisas.

Por meio das três categorias encontradas ficaram evidentes que problemas com o

acesso aos serviços, despreparo das equipes de profissionais, falta de suporte familiar, necessidades psicossociais e problemas interferentes na comunicação, são evidências que justificam as fragilidades e dificuldades na obtenção da presença do atributo da integralidade na atenção primária. Em contrapartida, o atendimento domiciliar pode ser coadjuvante neste cenário, corroborando com a integralidade no cuidado da população idosa, haja vista exigir um maior envolvimento dos profissionais.

A preocupação com o envelhecimento já vem expressa desde a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Viena no ano de 1982. Embora tenha representado um avanço no tocante às políticas públicas para esta população, passados mais de três décadas, por meio das bases selecionadas, os artigos trouxeram evidências de que, a integralidade da saúde do idoso ainda não é detentora da devida atenção, ressaltando uma lacuna que deverá ser preenchida. Ademais, observou-se uma carência de publicações na década de 1980, ou seja, dezessete anos após o marco temporal estipulado, foi encontrado o artigo que encabeçou as análises (1999).

Não mais latente, o envelhecimento é uma realidade mundial. Este é um processo individual, contínuo e, portanto irreversível. Marcado por necessidades específicas que devem ser atendidas, Todavia, embora haja esforços, ainda nos deparamos com sistemas de saúde, muitas vezes falho, e profissionais de saúde despreparados, que se sentem incapazes de conduzir e manejar as necessidades mais e menos complexas desta população. Entretanto, a atenção primária, aparece como um nível de atenção capaz de impactar positivamente na saúde do idoso.

Embora seja primordial o cuidado integral, respeitando e considerando todas as dimensões do idoso, ainda não é uma realidade, tornando-se um desafio tanto no Brasil quanto no cenário internacional. Este estudo tem a pretensão de servir de alerta aos gestores, bem como entidades governamentais, inflando a necessidade de organização da rede de

cuidados para com os idosos, de modo a adequar as ofertas de serviços à demanda representada por esta população, adequando-os aos mais variados graus de necessidades de cuidados.

Assim, as limitações do estudo apresentado, representadas pelo baixo número de publicações encontradas nas bases analisadas, evidenciam a necessidade de pesquisas que abordem a integralidade da saúde da pessoa idosa na atenção primária como objeto de pesquisa. No intuito de fortalecer e, por conseguinte, concretizar as políticas públicas para esta população, trazendo o idoso para um novo patamar na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Pelegrino OS, Leal MGS. *Perspectiva biopsicológica do envelhecimento*. Secretaria Estadual e Desenvolvimento Social. São Paulo. Fundação Padre Anchieta, 2009.
2. Baldoni AO, Pereira LRL. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, 2011; 32(3):313-321.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso em: 01 out 2015. Disponível em: <http://teen.ibge.gov.br/mao-na-roda/idosos.html>.
4. UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. *World Economic and Social Survey 2007. Development in an Ageing World*. Acesso em: 05 out 2015. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf
5. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2013; 23 (4): 1189-1213.
6. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012; 17(1):231-238.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira*, 2010; p-317.

8. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 4 jan.
9. WHO (2002) Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.
10. Carvalho MPRS, Dias MO. Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 2011; 40: 161-184.
11. Camarano AA, Pasinato MT. *O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas*. In: Camarano AA, organizadora. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 253-292.
12. Brasil. Ministério da Justiça. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002 / Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Gois. – Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003; p. 86: 21.
13. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília [acesso em 06 set 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
14. Harzhein, E.; Stein, AT; Dardet, CA, Cantero MTR, Kruse CK, Vidal TB, Nava TR. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *Revista da AMRIGS*, 2005; 49(4): 248-252.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 2006; 23 fev.
16. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726p.
17. Brasil. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATOOL- Brasil. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

18. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012; 17(4):821-828.
19. Donabedian A. La calidad de la atención médica. La prensa mexicana, 1984, In: Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria continua da qualidade do contexto da Atenção Primária à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2005; 5(1):63-69.
20. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enferm.*, 2008; 17(4):758-764.
21. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence based practice in nursing & healthcare*. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, p. 3-24, 2005.
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
23. Boulton C, Pacala JT. Integrating healthcare for older populations. *The American Journal of Managed Care*, 1999; 5:45-52.
24. O'Malley AS, Forrest CB, Miranda J. Primary Care Attributes and Care for Depression Among Low-Income African American Women. *American Journal of Public Health*; 2003, 93(8):1328-1334.
25. Simmons D, Lillis S, Swan J, Harr J. Discordance in Perceptions of Barriers to Diabetes Care Between Patients and Primary Care and Secondary Care. *Diabetes Care*; 2007, 30(3):490-495.
26. Costa MFBNA, Ciosak SI, Bartolomé AG, Isern MTI. La integralidad en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español. *Aten Primaria*; 2009, 41(7):402-404.
27. Costa MFBNA; Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 2010, 44(2):437-444.
28. Jerant A, Fenton JJ, Franks P. Primary Care Attributes and Mortality: A National Person-Level Study, *Ann Fam Med* 2012;10:34-41.

29. Jerant A, Bertakis KD, Fenton JF, Franks P. Extended Office Hours and Health Care Expenditures: A National Study. *Ann Fam Med* 2012;10:388-395.
30. Caldeira S, Merighi MAB, Muñoz LA, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM. O enfermeiro e o cuidado à mulher: abordagem da fenomenologia social. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2012;20(5):[08 telas].
31. McCusker J, Tousignant p, da Silva RB, Ciampi A, Lévesque JF, Vadeboncoeur A, Sanche S. Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *CMAJ*; 2012, 184(6): 307-316.
32. Wharton TC, Nnodim J, Hogikyan R, Mody L, James M, Montagnini M, Fries B. Assessing Health Status Differences Between Veterans Affairs Home-Based Primary Care and State Medicaid Waiver Program Clients. *JAMDA*; 2013, 14:260-264.
33. Almeida RT, Ciosak SI. Comunicação do idoso e equipe de saúde da família: há integralidade? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2013; 21(4):1-7.
34. Coutinho AT, Popim RC, Carrega K, Spiri WC. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de Saúde da família: visão da equipe. *Esc Anna Nery*; 2013, 17(4):628-637.
35. Brito MCC, Freitas CASL, Silva MJ, Albuquerque IMN, Dias MAS. Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contra - referência nos serviços de saúde. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* [online], 2014, 6(3):1128-1138.
36. Vello LS, Popim RC, Carazzai EM, Pereira MAO. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. *Esc. Anna Nery* [online]. 2014, 18(2):330-335.