

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

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

ARTIGO PARA ESPECIALIZAÇÃO

Kauana Flores da Silva

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

ACESSO DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Kauana Flores da Silva

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 Restinga Seca como requisito parcial para obtenção do título de **especialista em Gestão de Organizações Públicas em Saúde.**

Orientadora: Prof. Dr. Teresinha Heck Weiller

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

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

ACESSO DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Há alguns anos está acontecendo uma mudança no perfil demográfico e epidemiológico de abrangência mundial, em que a população idosa está aumentando significativamente, acompanhada de morbidades crônicas não transmissíveis, porém, preveníveis e tratáveis, bem como demais determinantes próprios dessa faixa etária e que demandarão ações primordiais da Atenção Primária à Saúde a fim de proporcionar qualidade de vida aos idosos. Somando a isto, o reconhecimento da importância do acesso universal como um dos princípios doutrinários da APS e que garante uma atenção à saúde eficaz. Nesse contexto faz-se necessário conhecer o andamento da avaliação do acesso aos serviços de saúde para essa parcela da população a fim de se obter evidências que subsidiem o conhecimento e as decisões dos gestores envolvidos nesse processo. Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar as evidências científicas acerca do acesso dos idosos na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizando-se a busca nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS, sendo que, após os critérios de inclusão e exclusão, nove estudos compuseram o *corpus* da mesma. Foi possível perceber as evidências científicas de que o acesso relaciona-se com a acessibilidade e a utilização dos serviços de atenção primária, sendo este aquém das reais necessidades em saúde que a população idosa demanda. Há necessidade de novos estudos que pesquisem o acesso dos idosos como objeto de pesquisa, bem como um número maior de estudos sobre a temática, a fim de embasar os gestores na tomada de decisão em busca de uma atenção em saúde efetiva aos idosos.

Descritores: Idoso. Saúde do Idoso. Acesso aos Serviços de Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ELDERLY ACCESS IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW.

ABSTRAT

A few years ago is happening a change in demographic and epidemiological profile world-wide, where the elderly population is increasing significantly, accompanied by non-communicable chronic morbidities, however, preventable and treatable, and other specific determinants of this age group and that will require actions primary of primary health care in order to provide quality of life for seniors. Adding to this, the recognition of the importance of universal access as one of the doctrinal principles of PHC and ensuring a focus on effective health. In this context it is necessary to know the progress of the assessment of access to health services for this population in order to obtain evidence that support the knowledge and decisions of evolvidos managers in this process. Thus, this study aims to identify the scientific evidence about the access of older people in primary health care. It is an integrative literature review, performing the search in the databases LILACS, PubMed and Scopus, and after the

inclusion and exclusion criteria, nine studies formed the corpus of the same. It was possible to see the scientific evidence that access relates to the accessibility and use of primary care services, which is short of real health needs that the elderly population demand. There is need for further studies to search the access of the elderly as a research object, as well as a greater number of studies on the subject in order to base managers in decision making in search of an effective health care for the elderly.

Descriptors: Aged. Health Services for the Aged. Health Services Accessibility. Health Care Quality, Access, and Evaluation. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Acompanhando a tendência mundial, o Brasil, nas últimas décadas, vem apresentando um significativo crescimento no número de idosos em decorrência da intensa redução da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida da população, devido às mudanças socioeconômicas ocorridas na sociedade, bem como os avanços políticos e técnico-científicos nos serviços de saúde¹. Em 2010 os idosos passaram a representar 10,8% da população brasileira, ou seja, mais de 20,5 milhões de pessoas, o que significa um acréscimo de 400% se comparado ao índice anterior, sendo a estimativa para os próximos 20 anos que esse número triplique².

Essa transformação da estrutura demográfica provoca, conseqüentemente, alterações no perfil epidemiológico do país, em que se destaca a prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que geram gastos consideráveis aos serviços de saúde, sendo por meio de complicações recorrentes ou da maior utilização dos serviços por parte dessa parcela da população^{3,4}. Porém, os determinantes de saúde e doença nos idosos vão além dessas enfermidades e também incluem as condições econômicas, as relações sociais as quais estão inseridos, entre outras que podem resultar em desigualdades e vulnerabilidades a esse grupo social³.

Assim, os sistemas de serviços de saúde, que antigamente lidavam com problemas agudos, atualmente precisam atender às necessidades dos idosos, com uma variedade de fatores, condições e incapacidades peculiares, uma vez que houve acréscimo na demanda desse grupo populacional pelos serviços⁵. Portanto é necessário a implementação de políticas públicas que priorizem a prevenção de agravos e a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, em toda Rede de Atenção à Saúde (RAS), ações estas, fundamentais no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)³.

No Brasil a APS é considerada sinônimo de Atenção Básica (AB), sendo o nível de atenção de um sistema de saúde pelo qual se entra e se tem acesso a todas as novas demandas de saúde, com atenção integral sobre a pessoa no decorrer do tempo, coordenando e integrando a atenção fornecida em outro lugar ou por outros profissionais. Ela constitui-se em uma estratégia para fortalecer os sistemas de saúde, visando aprimorar a efetividade dos serviços e garantir a equidade na oferta^{6,7}. É reconhecida como a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, fundamentando-se na realização de ações de promoção e proteção da saúde, da prevenção de agravos, do diagnóstico precoce, do tratamento e da manutenção da saúde, com foco individual e coletivo⁸.

Entre os fundamentos da APS está o acesso universal e equânime da população aos serviços de saúde de qualidade e efetivos. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação desse nível de atenção como contato e porta de entrada preferencial da RAS, garantindo o acesso, pois, para que a APS possa se concretizar como estrutura inicial do sistema de saúde, é necessário que seus serviços sejam acessíveis e utilizados a cada nova necessidade ou problema de saúde^{8,6}.

Considerar o acesso um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) favorece o alcance de resultados melhores nas ações em saúde, possibilitando a continuidade do cuidado

aos demais níveis de atenção, pois é essencial à assistência, buscando a qualidade da atenção oferecida⁹. Assim, o acesso aos serviços de saúde é um direito de cidadania e uma necessidade inconcussa da população, apresentada como princípio primeiro na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e considerada a característica-chave da APS⁶.

Desde sua implantação, a APS vem buscando concretizar os princípios do SUS, tanto que, no sentido de reestruturar os serviços de saúde a partir desse sistema, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), num aspecto direcionado, em que buscava-se superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde, objetivando o alcance da equidade dentro do sistema¹⁰. Porém, devido apresentar características distintas dos demais programas e ter sido considerado um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde da APS, o PSF foi considerado, em 1997, uma estratégia admissível para reorientação desse nível de atenção e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde do país. O programa passa então a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), visando ações que garantissem a efetividade da APS, predominando a expansão da universalização do acesso, a cobertura e a focalização dos serviços de saúde^{11, 12}.

Diante dos desafios dessa expansão da APS observados nos últimos anos e da necessidade de definições sobre os caminhos da APS no Brasil é imprescindível consolidar os processos de avaliação neste nível de atenção. Pois, apesar de todas as iniciativas descritas e do anseio de institucionalizar os processos de avaliação, estes ainda não foram incorporados à rotina de trabalhadores e gestores. Portanto, a avaliação de serviços de saúde, que surge com o propósito fundamental de fornecer suporte aos processos decisórios dos gestores, principalmente na priorização dos investimentos e no subsídio para identificar problemas, auxiliando na reorientação das ações e serviços prestados à população, tornou-se uma importante ferramenta da gestão em saúde¹³.

Nessa perspectiva, a Prática Baseada em Evidências (PBE), pode ser definida como um processo de busca, avaliação e posterior compilação de evidências científicas. Surge como um movimento estruturado no intuito de apoiar a prática clínica como também facilitar a tomada de decisão para a gestão em saúde e qualificação do cuidado, auxiliando assim os profissionais da saúde e gestores, fundamentando-os cientificamente na perspectiva de melhor atender à população^{14,15}.

Assim, contemplando as considerações apresentadas, torna-se essencial adquirir o conhecimento atual acerca das produções científicas no que concerne o acesso da população idosa à APS, construindo subsídios para a gestão na perspectiva da avaliação em saúde no que tange esse crescente contingente populacional e o princípio doutrinário do sistema de saúde, em especial, na APS. Portanto o presente estudo tem como questão de pesquisa: quais as evidências científicas acerca do acesso do idoso na APS? Tendo em vista as considerações anteriormente retratadas, este estudo tem como objetivo identificar as evidências científicas acerca do acesso do idoso na APS.

MÉTODO

A PBE emergiu da necessidade de minimizar a lacuna existente entre os avanços científicos e a prática clínica, sendo uma abordagem que incentiva o desenvolvimento e/ou a utilização de resultados de pesquisas na prática das ações em saúde. Ao se considerar a grande quantidade e a complexidade de informações na área da saúde, tem-se a necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, que têm como principal propósito buscar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis do tema investigado¹⁴.

Dentre os métodos de revisão disponíveis, para o presente estudo realizou-se uma revisão integrativa de literatura, que consiste na construção de uma análise ampla da

literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, reflexões sobre a realização de futuros estudos, bem como a facilidade do acesso aos resultados de diferentes pesquisas reunidas em uma única¹⁶. É um método que permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se o conhecimento é válido para ser transferido para a prática por meio de um rigor metodológico que garante a fidedignidade dos resultados¹⁴.

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas que garantirão a relevância da mesma em subsidiar a implementação de intervenções eficazes¹⁶.

Seguiram-se então as seguintes etapas: primeira etapa, identificação do tema e estabelecimento da questão de pesquisa, em que ocorre também a definição dos objetivos e dos descritores; na segunda etapa ocorre a busca na literatura, estabelecendo-se os critérios de inclusão e exclusão, o uso das bases de dados e a seleção dos estudos; a terceira etapa é a de categorização dos estudos, em que se define as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, extraíndo-as, organizando-as e sumarizando-as, por meio de um instrumento com as informações-chave, formando um banco de dados; na quarta etapa faz-se a avaliação dos estudos incluídos na revisão, empregando as ferramentas adequadas para a análise crítica e detalhada dos resultados, buscando explicações em cada estudo para as variações nos resultados encontrados, bem como a identificação dos níveis de evidência; na quinta etapa se realiza a interpretação dos resultados, com a discussão dos mesmos e uma avaliação crítica, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa, com propostas de recomendações, as lacunas que podem emergir e sugestões para futuras pesquisas; na sexta etapa ocorre a síntese do conhecimento em que se apresenta a construção da revisão e suas principais evidências encontradas, divulgando os resultados da investigação, pois produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada¹⁶.

Para a realização da revisão integrativa, realizou-se a busca nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine (PUBMED) e SCOPUS no mês de agosto de 2015. A escolha destas se deu em virtude de suas abrangências, nacional e internacional, procurando ampliar o âmbito da pesquisa e minimizando possíveis vieses nessa etapa da construção da revisão. Os critérios de inclusão foram: artigos que abordassem a temática no título ou resumo, com texto completo disponível para acesso em suporte eletrônico, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: revisões de literatura e artigos na íntegra que não apresentassem a temática nos resultados.

Os artigos duplicados foram considerados apenas uma vez e foram captados os artigos de pesquisas independentemente de seu nível de evidência. Não houve delimitação temporal na tentativa de englobar todos os estudos realizados sobre o tema presentes nas bases de dados pesquisadas.

Para a busca dos estudos foram utilizadas estratégias respeitando as especificidades de cada base de dados, tendo como eixo norteador a questão de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, para manter a coerência na busca e evitar possíveis vieses. A definição dos termos utilizados na realização das buscas se deu por meio dos descritores com os conceitos mais apropriados à questão de pesquisa por meio do vocabulário estruturado da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Descritores em Ciências da Saúde (DECS), sendo eles: Idoso; Idoso de 80 anos ou mais; Meia-Idade; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para Idosos; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Acesso Universal à Serviços de Saúde; Equidade no Acesso e Atenção Primária à Saúde.

Para a busca na base de dados LILACS, após diversas estratégias sem sucesso, optou-se por retirar o descritor Atenção Primária à Saúde, pois percebeu-se que muitos estudos

relevantes não abordavam esse termo, mas algum equivalente. Assim, utilizou-se, por meio da busca avançada, a seguinte estratégia de busca: Idoso OR "Idoso de 80 anos ou mais" OR "Meia-Idade" OR "Saúde do Idoso" OR "Serviços de Saúde para Idosos" [Limites] AND "Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde" OR "Acesso Universal a Serviços de Saúde" OR "Equidade no Acesso" [Descritor de assunto].

Para a busca nas bases de dados PUBMED e SCOPUS foi pesquisado no Medical Subject Headings (MeSH) os termos correspondentes aos descritores selecionados. Dos descritores utilizados para a busca na LILACS, apenas os que apresentavam equivalentes no MeSH foram utilizados para a busca no PUBMED e SCOPUS.

Na base de dados PUBMED, após tentativas mal sucedidas com todos os Mesh Terms, pois zerava a busca, optou-se por utilizar a estratégia "Primary Health Care"[MeSH Terms] AND "Health Services for the Aged"[MeSH Terms]) AND "Health Services Accessibility"[MeSH Terms] OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[MeSH Terms] AND "loattrfull text"[sb] AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang] AND "middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]. Ressalta-se que os últimos oito termos foram utilizados como limites.

Para a pesquisa na base de dados SCOPUS utilizou-se a mesma estratégia do PUBMED, "Primary Health Care" AND "Health Services for the Aged" AND "Health Services Accessibility" OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation", porém sem adição de limites, pois os mesmos limitavam demasiadamente a busca, bem como não utilizou-se a opção MeSH Terms, pois a SCOPUS não dispõe desse recurso, sendo então selecionado a opção Title, abstrat and keywords.

Os artigos foram separados conforme a distribuição proveniente na base de dados utilizada e codificados pela letra “A” correspondente à palavra “Artigo” e em ordem numérica arábica para melhor identificação e organização dos mesmos no momento da elaboração da ficha de extração dos dados, conforme a ordem em que foram selecionados.

Para a análise dos estudos selecionados foram utilizadas duas fichas sinópticas especialmente construídas para esse fim, uma caracterizando os estudos para melhor organização destes, outra facilitando a síntese e avaliação dos mesmos, uma vez que contemplam os aspectos considerados pertinentes ao objetivo da presente revisão integrativa.

Assim, para caracterização dos estudos, utilizou-se uma ficha documental constituída por: código do artigo, título/autor, país/região de realização do estudo, ano de publicação, periódico e nível de evidência.

O nível de evidência dos estudos deve ser avaliado para determinar a confiança no uso dos resultados e fortalecer as conclusões que proporcionarão a circunstância do conhecimento atual sobre o tema pesquisado¹⁵. Os estudos selecionados foram classificados de acordo com os sete níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout-Overholt¹⁷.

Para a avaliação detalhada dos estudos selecionados, utilizou-se uma ficha de extração de dados composta por: objetivo, metodologia, população, principais resultados e conclusão (Apêndice A). Os principais resultados correspondem aos implicados na temática proposta por essa revisão integrativa.

Com o intuito de minimizar possível viés de aferição dos estudos, como erro de interpretação dos resultados e do delineamento, dois pesquisadores realizaram a leitura, a seleção dos artigos, bem como a classificação dos níveis de evidência, de forma independente, os quais, posteriormente, foram comparados, não ocorrendo divergências em relação à avaliação das publicações. Considerando-se os aspectos éticos, nesta revisão integrativa é assegurada a autoria dos artigos pesquisados.

Durante a etapa de análise dos estudos foi realizada leitura e agrupamento dos mesmos, culminando na construção de uma categoria, baseando-se na referência metodológica do método de Análise de Conteúdo proposto por Minayo¹⁸.

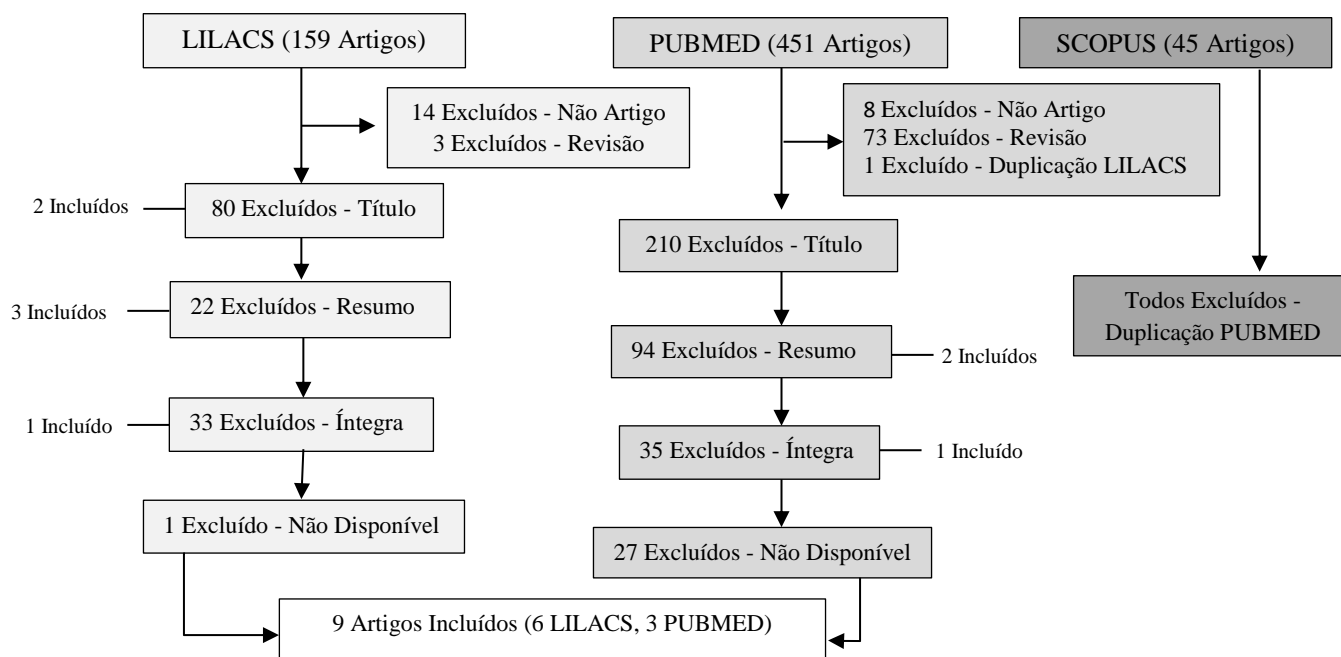
A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa. A mesma foi elaborada de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática, fornecendo subsídios aos sujeitos envolvidos na tomada de decisão cotidiana¹⁹.

Com a aplicação das estratégias definidas emergiu um total de 655 produções, 159 na LILACS, 451 na PUBMED e 45 na SCOPUS. As produções selecionadas na base de dados SCOPUS estavam contempladas na seleção da PUBMED, sendo então desconsideradas devido duplicações, não havendo estudos analisados via SCOPUS.

A partir da leitura previa dos títulos, de alguns resumos e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 35 estudos na LILACS e 35 na PUBMED para leitura na íntegra, buscando uma análise aprofundada. Para o acesso ao texto completo, foram usados os seguintes recursos via acesso em material eletrônico pertencente à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM): link disponível diretamente na base de dados, busca no portal do periódico em que o artigo foi publicado, busca no portal CAPES ou no provedor de pesquisa Google.

Após a análise aprofundada, nove estudos compuseram o *corpus* da presente revisão integrativa. O detalhamento da seleção dos mesmos encontra-se no fluxograma (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos.



Elaborado pelo autor.

RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados os dados extraídos dos estudos selecionados a partir da ficha documental (Quadro 1), seguida da descrição dos mesmos. Posteriormente, a partir da análise dos dados contidos na ficha de extração, será apresentado um apanhado dos principais resultados trazidos pelos estudos, entremeando-os por discussão. Foram relacionados por suas similaridades e/ou dissimilaridades referentes às dimensões despontadas do acesso relacionado à acessibilidade e à utilização, optando-se por agrupá-las em uma única categoria, devido apresentarem correlação. Encerra-se a presente revisão integrativa com as principais evidências encontradas.

Quadro 1 – Ficha documental dos estudos selecionados.

Código	Título/autor	País/Região de realização do estudo	Ano de publicação	Periódico	NE
A1	O Olhar da População Idosa sobre o Acesso a uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre – RS. Willian N.N. de Oliveira; Lidiane P. Teichmann; Daniel D. F. da Silva; Sergio A. Sirena; Margaret I. Scheneider ²⁰ .	Brasil/ Sul	2010	Revista da Faculdade de Odontologia	6
A2	Obstáculos ao acesso à saúde do idoso: o olhar dos profissionais de saúde. Edson L. Teixeira; Cleide T. Oliveira; Silvia S. Silva ²¹ .	Brasil/ Sudeste	2011	Revista de enfermagem Herediana	6
A3	Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. Annelissa A.V.de Oliveira; Lenilde D. de Sá; Jordana de A. Nogueira; Séfora L. E. de Andrade; Pedro F. Palha; Tereza C. S. Villa ²² .	Brasil/ Nordeste	2013	Revista da Escola de Enfermagem da USP	6
A4	Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. Fabienne L.J. dos S. Amaral; Márcia H.A.M.; Lafla P.G. da Silva; Simone B. Alves ²³ .	Brasil/ Nordeste	2012	Ciência & Saúde Coletiva	6
A5	Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). Lisiane M.G. Paskulin; Daiany B. Valer; Lucila A.C. Vianna ²⁴ .	Brasil/ Sul	2011	Ciência & Saúde Coletiva	6
A6	Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Claudia Travassos; Francisco Viacava ²⁵ .	Brasil/ Todas exceto Norte	2007	Caderno de Saúde Pública	6
A7	Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. Aline P. Marques; Dalia E.R. Montilla; Wanessa da S. de Almeida; Carla L.T. de Andrade ²⁶ .	Brasil/ Sudeste	2014	Revista de Saúde Pública	6
A8	Avaliação da atenção primária à saúde recebida por idosos e a saúde relacionada a a qualidade de vida: um estudo transversal. Vivian C.H. dos S. de Carvalho; Sinara L. Rossato; Flávio D. Fuchs; Erno Harzheim; Sandra C. Fuchs ²⁷ .	Brasil/ Nordeste	2013	BMC Public Health	6
A9	Resultados gerais do Projeto INTRA-OMS no Chile. Pedro P.Marim.L.; Alicia Villalobos C.; Marcela Carrasco G.; Alex Kalache ²⁸ .	Chile/ -	2005	Revista Médica do Chile	6

Elaborada pelo autor.

Como os estudos selecionados foram analisados sem marco temporal, com o intuito de englobar todas as produções mundiais sobre a temática disponíveis nas bases de dados

pesquisadas, foi possível perceber que anterior a 2005 a temática era incipiente, pois não foram encontradas produções, sendo os anos de 2011 e 2013 os de maior produção acerca da temática. Dentre os nove estudos analisados, verificou-se que as maiores procedências foram nacionais, com oito produções (88,9%) e apenas uma internacional, proveniente do Chile (11,1%). Com relação às bases de dados, os artigos A1, A2, A3, A4, A5 e A6 são provenientes da LILACS (66,7%) e A7, A8, A9 da PUBMED (33,3%).

Com relação a região de realização dos estudos nacionais selecionados, a única que não apresentou estudo foi a região Norte. A região Nordeste predominou com quatro estudos, seguida das regiões Sul e Sudeste, ambas com três estudos. O estudo do Chile não foi incluído no cálculo total.

Considerando os periódicos onde os estudos foram publicados, observou-se uma variedade, em que a Ciência & Saúde Coletiva foi à única com dois estudos publicados.

Alguns dos artigos analisados não traziam explícita a abordagem metodológica, porém foi possível identificar de acordo com a descrição da metodologia e dos resultados, sendo apresentadas entre parênteses na ficha de extração dos dados. Assim, tem-se A3 com abordagem qualitativa (11,1%) e o restante com abordagem quantitativa (88,9%). Vale destacar que A1 e A8 utilizaram o instrumento PCATool-Brasil versão adulto, instrumento este proposto pelo Ministério da Saúde para avaliação da qualidade da APS, gerando subsídios para a gestão.

Com relação aos níveis de força das evidências obtidas nos artigos, todos apresentam nível de evidência 6, pois foram derivados de um único estudo descritivo ou foi estudo qualitativo.

De acordo com a evidência de que o acesso do idoso na APS afunila-se nas características de acessibilidade e utilização, vale ressaltar que aquela se refere à possibilidade do usuário chegar aos serviços, ou seja, é um aspecto estrutural do sistema de saúde.

Diferentemente de acesso, que se refere à forma como o usuário experimenta esta característica do serviço de saúde. Assim, o acesso envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (acessibilidade) e o uso destes serviços quando surge uma necessidade de atenção (utilização)⁶.

DISCUSSÃO

Como relatado anteriormente, foi possível observar que os resultados encontrados e aqui explanados versam no contexto da acessibilidade e da utilização dos serviços da APS, estando estes inter-relacionados na perspectiva do acesso do idoso. Portanto a presente discussão identifica o que versam as produções científicas acerca das dimensões de acessibilidade e utilização que envolve o acesso do idoso na APS.

Acesso e suas dimensões: Acessibilidade e utilização.

Inicialmente, vale ressaltar que, no que concerne ao objetivo dessa revisão, observou-se que, na maioria dos artigos analisados, o acesso não é o objeto do estudo. Dos nove estudos, A2 e A9 pesquisaram os idosos na perspectiva dos profissionais de saúde, porém A9 trouxe também a visão dos próprios idosos, sendo que o restante dos estudos pesquisou apenas a perspectiva dos idosos.

Entre os estudos que trouxeram a caracterização da população idosa pesquisada, percebeu-se que predominou o sexo feminino em A4, A8 e A9, apenas em A6, ao analisar o padrão de acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos residentes em áreas rurais e urbanas trouxe que, ocorreu igualdade do número de usuários por sexo e prevalência do sexo masculino, respectivamente.

Ainda na caracterização, A4, A8 e A9 trazem também a baixa escolaridade dos idosos pesquisados, o que corrobora com A2 ao constatar como um obstáculo ao acesso do idoso na APS o nível de escolaridade do mesmo, vindo ao encontro de A5, em que a maioria dos idosos que utilizam os serviços de APS eram analfabetos ou com primeiro grau incompleto e complementado por A8 que encontrou os usuários com maior escolaridade utilizando mais Unidades Básicas de Saúde (UBS) do que ESF. Apenas A4 trouxe a característica da baixa renda dos idosos pesquisados, o que corrobora com o resultado de A2, ao considerar a situação financeira do idoso como um obstáculo ao acesso do mesmo à APS.

Foi possível perceber em A1 que a maioria dos idosos utiliza a APS quando necessita, porém alguns relatam procurar o hospital, mesmo no horário de funcionamento da UBS devido compreenderem que o acesso e a resolutividade de seu problema são mais facilitados, bem como outros idosos relatam procurar atendimento em clínica particular devido considerarem difícil o acesso oferecido pela UBS e pelo SUS. Assim como outro idoso relatou a utilização da unidade pesquisada, mesmo tendo outra mais próxima, devido melhor atendimento, o que vem ao encontro da constatação de A5 ao relatar que muitos dos idosos pesquisados utilizavam unidades diferentes das definidas na política municipal. Corroborando com estes, A9 constatou que a maioria utiliza os serviços de APS regularmente e considera um bom serviço, mesmo com questões a melhorar, entre elas, a rapidez no atendimento e a infraestrutura dos serviços. Assim como A6 constatou ser a APS o serviço de utilização regular dos idosos pesquisados.

Os achados de A5 complementam os resultados descritos acima, pois traz que a maioria dos idosos utiliza a APS, sendo motivados pela qualidade, gratuidade, em que a maioria relatou que os problemas foram resolvidos. Porém, a principal motivação foi à localização, uma vez que a maioria considerou a UBS próximo a sua residência, o que diverge

de A2 que considerou a localização um dos obstáculos ao acesso do idoso aos serviços da APS.

No que concerne à localização dos serviços de APS, A1 observou que um dos idosos citou utilizar outra unidade devido à proximidade da mesma com sua residência e a grande maioria não apresenta dificuldades em ir até a UBS, porém dos que relataram apresentar alguma dificuldade, os mesmos relacionaram, em maior e menor grau, bem como associadas ou não, às barreiras geográficas, à distância da unidade até sua residência e às situações sociais como a violência.

Ao considerar a localização relacionada à maneira como os idosos dirigem-se à UBS, A5 traz que a maioria chega ao serviço a pé ou de ônibus, demorando cerca de 10 minutos, o que não consideram demasiado. Assim como A9 também constatou que a maior parte dos idosos utiliza transporte público para dirigir-se até o serviço ou vão a pé, demorando, em média, 20 minutos, tempo este que também não consideram demasiado.

Ao pesquisar as variáveis associadas à dificuldade de acesso do idoso com deficiência aos serviços de saúde, A4 encontrou as barreiras arquitetônicas, destacando-se a ausência de transporte, a falta de adaptação aos transportes existentes, a existência de esgotos, bueiros, sacos de lixo, dejetos, pisos quebrados e degraus nas calçadas, bem como a inexistência de calçamento.

Em relação à infraestrutura das unidades de saúde e seu entorno, A9 constatou unidades com estruturas adequadas, em que a grande maioria apresentava parada de ônibus próxima, com sinalização adequada para o idoso, banheiros com adaptações necessárias, porém a grande maioria das unidades não possuía acesso adequado para as pessoas com deficiência. Corroborando com esse achado A2 traz a estrutura física da unidade como um obstáculo real de acesso, bem como o uso de órteses e próteses por parte do idoso que,

analisado independente já é um obstáculo ao acesso, e se for considerado dentro do contexto de acessibilidade e infraestrutura inadequada, potencializa a dificuldade.

O estudo A7, ao pesquisar a internação de idosos por condições sensíveis à APS, destacou que as DCNT foram as principais responsáveis pelas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), o que vem ao encontro de A8 que constatou frequência semelhante de enfermidades entre UBS e ESF, sendo as DCNT as principais. A2 complementa trazendo que as considerou um obstáculo dos idosos ao acesso na APS, o que diverge de A6 que associou positivamente a utilização da atenção primária à variável - autorrelato de dano crônico.

Outro resultado que vem de encontro ao anterior está em A2 que traz como obstáculos de acesso do idoso na APS o fato do déficit de conhecimento sobre a própria saúde, do processo de envelhecimento e da autopercepção acerca do processo saúde-doença. Resultado este encontrado também em A5 ao relacionar negativamente a utilização do primeiro nível de atenção ao fato do idoso perceber-se saudável.

A7 traz que, na década pesquisada (2000 a 2010), os homens idosos tiveram maiores taxas de ICSAP do que as mulheres, porém houve redução, bem como constatou-se que idosos com idade mais avançada apresentam maior risco de internações, mas foi nestes que ocorreu a maior redução na década. A6 complementa trazendo que nos idosos rurais a taxa de internação aumenta com a idade, porém sem diferenças entre os sexos, já nas áreas urbanas a taxa não diferiu da rural, porém se sobressai o número de homens internados, principalmente em idades mais avançadas. Esses resultados podem ser explicados por outro resultado de A7 que constatou haver aumento do acesso dos idosos à APS na cidade pesquisada, com expansão significativa da cobertura da ESF, bem como o expressivo número crescente de consultas realizadas por idosos em ESF na década.

Considerando esse contexto, A7 encontrou correlação negativa entre as internações e os indicadores de acesso à APS, identificando que, quando maior a cobertura da ESF e/ou maior o número de consultas realizadas por idosos na APS, menor o risco de ICSAP. O que vem ao encontro de A8 ao constatar a prevalência de pontuações mais altas no modelo de ESF do que em UBS entre os escores da APS para o atributo - acesso de primeiro contato – sendo o componente acessibilidade mais baixo do que o componente utilização. O que contribui nos resultados de A1, A2, A4 e A9 acerca das barreiras geográficas e de infraestrutura explanadas anteriormente.

Com relação o acesso às consultas na APS, A1 ao pesquisar as de emergência, as programadas e as de retorno, tanto do médico, do dentista como da equipe de enfermagem, embora algumas mais procuradas que outras, em todas constatou-se facilidade no acesso do idoso. Já A6 ao pesquisar o padrão de acesso e utilização do idoso rural e comparar com o idoso urbano entre 1998 e 2003 encontrou aumento na proporção de idosos que consultaram em um período de um ano, sendo de maneira frequente principalmente na APS.

Na zona rural as mulheres consultam e continuam o acompanhamento mais que os homens, porém menos que os idosos urbanos, além disso, a cobertura de mamografia nas idosas rurais representou um indicador de acesso e adequação da APS, porém foi maior nas idosas urbanas. Assim como A2 que considerou o sexo do idoso um dos obstáculos ao acesso do mesmo na APS. Resultados estes que podem ser justificados pelo fato já relatado acerca do maior número de internações entre os idosos do sexo masculino.

Outro resultado encontrado refere-se ao acesso à marcação de consultas na APS em que A1 considerou fácil o acesso, bem como quanto à priorização no atendimento, em que a grande maioria dos idosos pesquisados relatou serem atendidos no mesmo dia, sentindo-se priorizados no atendimento e não necessitando esperar um longo período ou falar com muitas pessoas para conseguirem atendimento.

O resultado anterior diverge de A4 em que uma das limitações relatada pelos idosos com deficiência física foi a dificuldade em marcar consultas, bem como a ausência de atendimento prioritário e a demora no atendimento. Já o estudo A9 constatou que, quase metade dos idosos pesquisados aguarda mais de 30 minutos para serem atendidos e alguns relataram perpassar esse tempo, destes, praticamente todos consideraram o tempo demasiado.

Esses resultados podem ser justificados por meio dos resultados trazidos por A2 que destacou, na opinião dos profissionais da saúde sob a perspectiva da unidade e do processo de trabalho, o acúmulo de atividades nas UBS, o fluxo de atendimento e o número insuficiente de profissionais na unidade, a falta de expectativa profissional, o perfil do profissional que atende o idoso, entre outros, como sendo obstáculos ao acesso do idoso na APS. Com relação ao perfil do profissional, A9 ao também pesquisar a visão dos profissionais de saúde da APS, encontrou relatos de não ser agradável atender idosos.

Corroborando com esses achados A6 traz que os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) não indicam presença de demanda reprimida, já que o percentual de idosos que procuraram os serviços e não foram atendidos foi menos de 1%, tanto nas áreas rurais quanto urbanas.

Outro resultado deste estudo corrobora com os achados descritos anteriormente de que as unidades de saúde da APS predominaram na utilização pelos idosos, entre eles os idosos residentes na área rural, porém nos idosos urbanos, apesar da participação dos serviços primários ser maior, os consultórios particulares obtiveram maior peso. Bem como, mesmo havendo o aumento significativo da participação dos serviços da APS, não houve redução na participação dos hospitais.

Nesse contexto A6 também destaca o resultado de que o SUS financiou a maior parte dos atendimentos dos idosos rurais e um pouco menos dos urbanos, seguida de pagamento particular e plano de saúde nas áreas rurais, invertendo-se nas áreas urbanas em que os idosos

possuem mais planos de saúde, o que justifica o menor financiamento do SUS, porém em ambas as áreas a cobertura por plano de saúde aumentou, mas não sua participação como fonte de pagamento, uma vez que a participação do SUS aumentou em ambas as áreas. Soma-se a esses resultados a observação de A4, de que a grande maioria dos idosos pesquisados não possuía plano de saúde e com A1 ao destacar o relato de alguns idosos sobre a preferência em procurar um consultório particular quando necessitam de atendimento devido dificuldade no acesso à APS e no restante dos serviços do SUS. Esse último resultado vem ao encontro de A2 ao trazer, na visão dos profissionais de saúde, o déficit de confiança no SUS como um obstáculo de acesso ao idoso relacionado à unidade e ao processo de trabalho.

Complementando a questão da forma de acesso à atenção à saúde, A5 traz, entre os motivos para a não utilização da APS, o fato de possuir plano de saúde e o de problemas de acesso a esse nível de atenção, porém, dos que utilizam, uma das justificativas é o não pagamento pelo atendimento nos serviços públicos.

Como já explanado, pode-se observar que os resultados de A2, A4, A5 e A9, com relação às barreiras educacionais e financeiras, demonstram a maior utilização dos serviços de APS por idosos com baixa escolaridade e renda, o que justifica outro achado de A4, A5 e A6, da não utilização de planos de saúde pela maior parcela dos idosos pesquisados, embora essa modalidade esteja em expansão de clientes.

Para A6, o padrão de acesso reflete-se na utilização dos serviços de saúde. A proporção de idosos que utilizaram os serviços de saúde aumentou, tanto na área urbana quanto rural, sendo que na zona urbana esta é bem maior e diminui com o avanço da idade, porém, aumenta ainda mais se os mesmos apresentam restrições de atividades, sendo que as incapacidades funcionais também se elevam com a idade. Resultado este que vem ao encontro de A2 ao constatar a dificuldade para realização das Atividades básicas da Vida Diária (AVD) e a idade do idoso como obstáculos ao acesso do mesmo aos serviços de APS.

A8 ao pesquisar os idosos com deficiências, também traz que prevaleceu os idosos com idade de 80 anos ou mais na pesquisa e que, das deficiências encontradas, a física foi a presente pela maioria. Já em A5 predominou idosos até 79 anos e sem limitações incapacitantes, resultados estes que justificam os resultados anteriores referentes ao aumento da incapacidade com o avanço da idade e da não utilização dos serviços de APS pelos idosos em idade avançada, principalmente devido dificuldades no acesso.

Dando continuidade aos principais resultados dos estudos, tem-se A8 que constatou baixa pontuação dos atributos da APS predominante entre os idosos que não estavam trabalhando, vindo de encontro com A2 que considerou o fato de estar trabalhando um obstáculo ao acesso do idoso na APS, bem como A3 que trouxe, como resultado influenciável diretamente ao acesso do idoso na APS, a dificuldade em relação ao horário de funcionamento das ESF e o turno de trabalho dos usuários idosos.

Um resultado explanado por A3 refere-se a não realização de visitas domiciliares por nenhum profissional da unidade de saúde, relacionando este fato ao acesso tardio ao diagnóstico e tratamento da tuberculose (TB), o que corrobora com A4 ao trazer a inexistência de atendimento domiciliar pelos profissionais da saúde, bem como, insuficientes visitas do Agente Comunitário de Saúde (ACS), relacionando este ocorrido com a dificuldade de acesso de idosos com deficiências à APS. Contribuindo com esses achados, A2 encontrou que o ACS foi considerado, pela grande maioria dos profissionais pesquisados, o profissional facilitador do acesso do idoso aos serviços do primeiro nível de atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há fragilidades no acesso do idoso na APS, tanto no que se refere ao processo de trabalho, como a infraestrutura das unidades e do entorno, o que afeta a integralidade da

atenção aos idosos, uma vez que não se efetiva a RAS, tampouco a resolução das necessidades de saúde destes. Percebe-se que a ESF apresenta facilidades no acesso dessa população, o que pode ser explicado pela dinâmica e objetivos que à orienta, bem como contribuiu para a diminuição das ICSAP, o que demonstra evolução das ações desse nível de atenção na qualidade de vida dos idosos. Também se pode perceber que ainda há barreiras de acesso à APS mais intensas com relação ao sexo masculino, o que pode ser justificado pela questão do trabalho, como também dos estigmas ainda presentes nesse grupo populacional.

A síntese do conhecimento alicerça-se na evidência de que o acesso do idoso é um grande desafio na APS tanto no Brasil como no cenário internacional, sendo cada vez mais urgente a necessidade de se reestruturar o serviço prestado por esse nível de baixa densidade tecnológica, porém de alta complexidade, para que esteja preparado para o novo e crescente contingente populacional de abrangência mundial que é a população idosa, acompanhada de diversas peculiaridades e necessidades fundamentais no contexto da APS.

As implicações dessa revisão estão em evidenciar aos sujeitos envolvidos diretamente na reestruturação do sistema de saúde, no que concerne a APS que o acesso é fundamental para proporcionar atenção à saúde dos idosos, uma vez que o processo de envelhecimento é continuamente crescente e complexo e as ações da APS são essenciais para que essa mudança demográfica e, conseqüentemente, epidemiológica venha acompanhada de ações eficazes e efetivas para que essa parcela da população seja ativa, independente e tenha qualidade de vida. Bem como instigar a sociedade para que perceba o quão o processo de envelhecimento está presente e necessitando de atenção em saúde de qualidade que se inicia pela consolidação de um acesso à APS eficaz.

Ademais, observou-se que todos os estudos analisados, explícita ou implicitamente, avaliaram os serviços de saúde, o que possibilita a compreensão de que o processo de avaliação é cada vez mais urgente, pois possibilita aos gestores apropriar-se das reais

necessidades em saúde e dificuldades no acesso à APS por essa parcela da população, implementando, reestruturando, corrigindo e avaliando constantemente as ações desenvolvidas em busca de grandes adequações e transformações para atender com qualidade esse contingente populacional em crescimento.

No que concerne ao objetivo da presente revisão integrativa, apesar da maioria dos estudos terem encontrado a maioria dos idosos acessando os serviços da APS, bem como a diminuição das ICSAP, demonstrando a capacidade desse nível de atenção em contribuir na eficiência e eficácia do sistema de saúde, percebe-se que os serviços não estão estruturados para atender a crescente demanda de idosos com qualidade, principalmente em relação ao acesso destes na APS.

Percebe-se que as evidências encontradas acerca do acesso do idoso na APS alicerçam-se na acessibilidade e na utilização desses serviços, identificando-se dificuldades transcendentais à gestão em saúde, como a infraestrutura das localidades, bem como particularidades inerentes à essa administração, como a infraestrutura e a logística das unidades, os recursos humanos, a efetividade da atenção oferecida, entre outras que impactam positivamente ou negativamente no acesso do idoso na APS e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos mesmos. Uma vez que o acesso é o princípio essencial para que os demais princípios do SUS sejam alcançados e assim, concretizar a RAS.

Foi possível identificar como limitação da presente revisão integrativa o pequeno número de estudos sobre a temática, apontando a necessidade de um número maior de estudos que abordem o acesso dos idosos na APS como objeto de pesquisa, tanto internacionais como nacionais, para a simples troca de experiências, como também para avaliação das ações, políticas e programas, a fim de alertar os gestores e a população sobre a problemática que o crescente número de idosos representa, na tentativa de fortalecer e, enfim, concretizar as políticas públicas para essa população.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*, Brasília/DF, 2006 [acessado 2015 jun 23]; 19 p. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudedadaPessoaIdosa.pdf>.
- 2- Neto JBF. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. *Envelhecimento no Brasil e Saúde do Idoso: SBGG divulga carta aberta à População*. 2014 Rio de Janeiro [acessado 2015 ago 20]. Disponível em: <http://sbgg.org.br/envelhecimento-no-brasil-e-saude-do-idoso-sbgg-divulga-carta-aberta-a-populacao-2/>.
- 3- Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Júnior HJBA. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciêñ Saúde Colet* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2015 jun 30]; 19(8):3521-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>.
- 4- Peterle VCU. *Análise da Atenção à Saúde do Idoso na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS)* [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [acessado 2015 jun 29]. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13594/1/2013_VivianeCristinaUlianaPeterle.pdf.
- 5- Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde. 2011 [acessado 2015 out 25]. Disponível em: http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf.
- 6- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002 [acessado 2015 jun 29]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde*. Primary Care Assessment Tool. PCATool-Brasil. Brasília; 2010 [acessado 2015 ago 22]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.
- 8- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília; 2012 [acessado 2015 jun 20]; 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

- 9- Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na internet]. Porto Alegre (RS), 2011 set [acessado 2015 jun 20]; 32(3):451-7. Disponível em: file:///D:/_Arquivos/Downloads/16593-89711-1-PB.pdf.
- 10- Giovanella L, Mendonça MHM. *Atenção Primária à Saúde*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2ª ed.; 2015; 1.100 p.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília; 1997 [acessado 2015 out 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf.
- 12- Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciêns Saúde Colet* [periódico na internet]. 2013 [acessado 2015 out 25]; 18(1):221-32. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n1/23.pdf>.
- 13- Viana LMM. *Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias*. [Dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2012 [acessado 2015 out 22]. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/L%C3%ADvia%20Maria%20Mello%20Viana.pdf>.
- 14- Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [periódico na internet]. 2009 [acessado 2015 jun 27]; 22(4):434-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. *Portal Saúde Baseada em Evidências*. Periódico [internet]. 2013 [acessado 2015 out 26]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>.
- 16- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Artigo de reflexão. *Texto contexto enferm* [periódico na internet]. Florianópolis (SC) 2008 out-dez [acessado 2015 jul 27]; 17(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
- 17- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, (3rd Ed.); 2014.

18- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010; 412 p.

19- Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enferm* [periódico na internet]. 2006 jan-fev [acessado 2015 jun 28]; 14(1):124-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>.

20- Oliveira WNN, Teichmann LP, Silva DDF, Sirena AS, Schneider MI. O Olhar da População Idosa sobre o Acesso a uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre – RS. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* [periódico na internet]. 2010 set-dez [acessado 2015 jun 26]; 51(3):17-22. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/24347/23283>.

21- Teixeira EL, Oliveira CT, Silva SS. Obstáculos ao acesso à saúde do idoso: o olhar dos profissionais de saúde. *Rev enferm Herediana* [periódico na internet]. 2011 [acessado 2015 jun 26]; 4(2):56-63. Disponível em: <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2011/febrero/03%20OBSTACULOS.pdf>.

22- Oliveira AAV, Sá LD, Nogueira JA, Andrade SLE, Palha PF, Villa TCS. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet]. 2013 [acessado 2015 jun 26]; 47(1):145-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100018.

23- Amaral FLJ, Motta MH, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciêñ Saúde Colet* [periódico na internet]. 2012 [acessado 2015 jun 26]; 17(11):2991-3001. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100016.

24- Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciêñ Saúde Colet* [periódico na internet]. 2011 [acessado 2015 jun 26]; 16(6):2935-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600031.

25- Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2007 Rio de Janeiro out [acessado 2015 jun 26]; 23(10):2490-2502. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000023.

26- Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* [periódico na internet].

2014 [acessado 2015 jul 22]; 48(5):817-26. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf.

27- Carvalho VCHS, Rossato S, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs S. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [periódico na internet]. 2013 [acessado 2015 jul 23]; 13(605). Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3704970/pdf/1471-2458-13-605.pdf>.

28- Marín PPL, Villalobos AC, Carrasco MG, Kalache A. Resultados generales del Proyecto INTRA-OMS en Chile. *Rev Méd Chile* [periódico na internet]. 2005 [acessado 2015 jul 12]; (133):331-7. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n3/art10.pdf>.

Apêndice A – Ficha de extração dos dados.

Código	LILACS
A1	<p>Objetivo: Descrever como se dá o acesso da população idosa ao serviço de saúde em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre.</p> <p>Metodologia: Estudo descritivo e transversal, através de entrevistas semi-estruturadas contendo quinze questões abertas e fechadas baseadas no PCATool e análise quantitativa.</p> <p>População: Amostra de 61 idosos acima de 60 anos cadastrados na UBS SESC a mais de um ano.</p> <p>Principais resultados: 51 idosos relataram ir inicialmente à UBS SESC sempre que adoecem, 3 procuram diretamente o Hospital, mesmo no horário em que a UBS está aberta, pois entendem que o acesso e a resolutividade de seu problema são mais facilitados no atendimento hospitalar. O mesmo número de idosos, 3, procuram atendimento diretamente em clínica particular, devido uma possível dificuldade no acesso ao serviço oferecido pela UBS e pelo SUS, e outros 3 procuram outros serviços de emergência da região. Outra UBS (Vila Ipiranga) foi citada por 1 pessoa, pois esse serviço estar situado tangencialmente ao limite do território definido da UBS SESC, sendo assim, algumas pessoas residem mais próximas dessa unidade em relação à UBS SESC. Outros usuários, mesmo com a facilidade de acesso territorial devido à proximidade de suas casas a essa unidade, preferem se deslocar até a UBS SESC devido melhor atendimento. Quanto à facilidade de acesso às consultas médicas de urgência (no mesmo dia e sem agendamento prévio), a maioria relatou ter precisado (53), destes, a maioria considerou de fácil acesso (42). Para a consulta odontológica de urgência, a maioria nunca precisou (36) e dos que precisaram (25), a maioria considerou fácil o acesso (22). Já para as consultas de urgências de enfermagem, a maioria precisou (35) e destes, todos consideraram fácil o acesso. Para as consultas médicas programadas, a grande maioria precisou (59) e considerou fácil o acesso (54). As consultas odontológicas programadas, a maior parte dos idosos precisou (32) e considerou fácil acessar (30). Para as consultas programadas de enfermagem, a grande maioria nunca precisou (46) e, dos que precisaram (15), a maior parte considerou fácil o acesso (14). Já as consultas médicas de retorno, a grande maioria relatou ter precisado (58) e achado fácil (56), na consulta odontológica de retorno, a pequena maioria precisou (34), sendo também considerada fácil acessar (33) e na consulta de retorno de enfermagem, a grande maioria nunca precisou (49), porém, dos que precisaram (12), todos relataram facilidade no acesso. Quanto ao tempo de espera e priorização no atendimento, a grande maioria relatou ser atendidos no mesmo dia em que procuraram a UBS (57), uma parte dos idosos relatou sentirem-se priorizados no atendimento (36) e, considerando o longo tempo de espera e a necessidade de falar com muitas pessoas para conseguirem atendimento, a maioria relatou não passar por esse tipo de problema (54). Quando perguntados se apresentam alguma dificuldade de ir até a UBS, a resposta foi negativa para a maioria dos idosos (37). As limitações foram classificadas em 3 tipos: distância de casa até a UBS, barreiras geográficas e situações sociais já diagnosticadas no território (assalto, violência). Listadas as alternativas, considerando os usuários que relataram apresentar alguma dificuldade de ir até a UBS (24), 9 disseram que as barreiras geográficas são a causa maior de limitação no acesso, 9 associaram à elas, à grande distância de sua casa até a UBS e 3 afirmaram que suas dificuldades são o conjunto das três alternativas. Para 2 usuários, a distância é a única dificuldade de acesso e apenas 1 usuário adicionou as situações sociais à distância.</p> <p>Conclusão: Apesar de algumas dificuldades assinaladas, como a priorização no atendimento e as características geográficas do território onde a unidade está inserida, o acesso ao serviço de saúde foi considerado facilitado para os idosos na UBS SESC, sendo essa lembrada pela grande maioria da população idosa como serviço de referência para primeiras necessidades em saúde.</p>
A2	<p>Objetivo: Identificar os obstáculos de acesso à saúde do idoso por meio da avaliação e da percepção de profissionais da saúde no atendimento ao idoso em Unidade de Saúde do distrito leste de uma cidade do interior paulista, em Ribeirão Preto/SP-Brasil.</p> <p>Metodologia: Pesquisa de campo, de abordagem quantitativa que utilizou um instrumento elaborado pelos pesquisadores.</p> <p>População: Amostra de 60 profissionais de enfermagem da AB e ACS que atendem idosos. Não houve aceite de profissionais médicos.</p> <p>Principais resultados: O agente comunitário de saúde foi considerado o profissional facilitador do acesso do idoso aos serviços (65%). Em ordem decrescente de consideração, os principais obstáculos ($\geq 50\%$) ao acesso à saúde do idoso contemplam a ausência de um cuidador envolvido com o idoso no atendimento (98,3%); mudança na estrutura familiar do idoso; déficit de conhecimento sobre sua própria saúde; risco de quedas; déficit na acuidade visual; dificuldade para realização das AVD; déficit na acuidade Auditiva; DCNT; déficit de conhecimento do processo de envelhecimento; opinião individual do idoso sobre o processo saúde – doença; ambiente de moradia do idoso; déficit na adesão terapêutica; uso de órteses e próteses pelo idoso; idade do idoso; trabalho; mudança na estrutura da família no Brasil; nível de escolaridade; situação financeira do idoso, sendo $\leq 50\%$ o idoso institucionalizado e o sexo do idoso. O idoso institucionalizado foi um fator determinante no obstáculo ao acesso à saúde (48,3%). O nível de escolaridade e a situação financeira do idoso apareceram com menor frequência como obstáculos de acesso. Além destes, na perspectiva da unidade e do processo de trabalho, os profissionais selecionaram $\geq 50\%$ os obstáculos referentes aos elementos estressores na vida cotidiana do profissional (80%); o acúmulo de atividades (80%); perfil do profissional que atende o idoso; déficit de adesão aos programas e protocolos de saúde; fluxo de atendimento da unidade; número de profissionais insuficiente; estrutura física da unidade; falta de expectativa profissional; dificuldade em reconhecer o processo de envelhecimento; déficit de confiança no SUS; e $\leq 50\%$ a má remuneração do</p>

	<p>profissional; déficit da valorização profissional (plano de carreira); localização da unidade; tempo de formação profissional; déficit de conteúdo na graduação; idade do profissional; preconceito relacionado à etnia do idoso; nível de escolaridade do profissional; sexo do profissional. A estrutura física da unidade de saúde (68,3%) representa um obstáculo real de acesso.</p> <p>Conclusão: O estudo demonstrou exigência de acesso real aos idosos e os resultados podem servir como indicativos na atenção à saúde do idoso, ponderando a melhor adequação do ambiente e existência de profissionais treinados e capacitados para atender o idoso. Sustenta-se que os obstáculos evidenciados têm grande relevância para o acesso do idoso e estão focados, com maior frequência, nas ações produzidas por meio das relações interpessoais no cotidiano dos profissionais de saúde.</p>
A3	<p>Objetivo: Analisar as barreiras ao diagnóstico da TB em pessoas idosas relacionadas aos serviços de saúde no município de João Pessoa-PB.</p> <p>Metodologia: Pesquisa qualitativa com entrevista semidirigida O material empírico foi organizado com o software Atlas versão 6.0 e analisado conforme a técnica de análise de discurso de matriz francesa.</p> <p>População: 7 idosos doentes de TB, com mais de 60 anos, com a condição de estar em ou ter concluído o tratamento de TB em unidades de saúde da família do município de João Pessoa e ser domiciliado no mesmo.</p> <p>Principais resultados: Os fragmentos discursivos analisados permitiram identificar barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde, quais sejam: dificuldades quanto ao horário de funcionamento das USF e turno de trabalho do usuário; a não realização de visitas domiciliares.</p> <p>Conclusão: Apesar de terem sido identificadas barreiras comuns às encontradas por doentes de tuberculose de um modo geral, em virtude da vulnerabilidade dos idosos, sugerem-se que ações de controle sejam empreendidas pelos serviços de saúde de modo a evitar que a doença torne-se um agravo comum para essa população. Evidencia-se a necessidade de reorganização dos serviços de saúde para a realização de ações de promoção da saúde, como visitas domiciliares e busca ativa, sendo necessário que o processo de trabalho das equipes de saúde da família seja revisto, com valorização dessas ações e capacitação dos profissionais.</p>
A4	<p>Objetivo: Analisar algumas variáveis que se associam à dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa) estudo observacional analítico de caráter transversal. Para a coleta dos dados utilizou-se formulário estruturado para entrevistas domiciliares e análise descritiva e exploratória. Para análise estatística descritiva e analítica dos dados, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 11.0.</p> <p>População: Amostra de 244 idosos com 60 anos ou mais e que possuíam alguma deficiência e/ou restrição de mobilidade, conforme cadastro das 30 Unidades de Saúde da Família (USF), envolvidas na pesquisa.</p> <p>Principais resultados: Prevaleceu os idosos do sexo feminino, idade de 80 anos ou mais, baixa escolaridade e com a maior ocorrência de deficiência física. A maioria dos idosos (82%) não possuía plano de saúde privado e possuía renda de 1 salário mínimo (60,2%). Concernente aos tipos de barreiras arquitetônicas que dificultaram a acessibilidade dos idosos com deficiência aos serviços de saúde, destacaram-se: ausência de transporte (8,2%); existência de esgotos, bueiros, dejetos, sacos de lixo, ou pisos quebrados (4,1%); e presença de degraus nas calçadas e inexistência de calçamento (3,7%). As principais limitações referidas pelos idosos foram: ausência de atendimento prioritário (38,9%); demora no atendimento (27,9%); inexistência de atendimento domiciliar de profissionais da saúde (21,3%) e de visita do ACS (9%); dificuldade em marcar consultas (11,9%). As dificuldades estatisticamente significativas para o atendimento nos serviços de saúde foram: Existência de esgotos, bueiros, dejetos, sacos de lixo, ou pisos quebrados; presença de degraus nas calçadas e inexistência de calçamento; falta de adaptação nos transportes; ausência de transporte; dificuldade em marcar consultas; ausência de especialistas; ausência de atendimento prioritário; elevado tempo de espera para ser atendido; e inexistência de visita domiciliar do ACS.</p> <p>Conclusão: O somatório dos fatores expostos mostra que as barreiras arquitetônicas e a situação atual de atenção à saúde precisam ser adequadas, visando o ingresso e utilização plena dos idosos com deficiência aos serviços de saúde. Enfatiza-se a necessidade de reformulação do cuidado ao idoso e reorganização dos serviços de saúde, com readequação do sistema para essa nova realidade populacional. É primordial que o governo assegure o acesso dos idosos aos sistemas de saúde com investimentos ou ações públicas para dar continuidade e otimizar a rede de serviços em saúde, principalmente aos idosos com deficiência e a atenção à saúde dos futuros idosos para evitar deficiências.</p>
A5	<p>Objetivo: Descrever a utilização e acesso geográfico de idosos a Serviços de Atenção Básica (SAB) e analisar a associação entre variáveis de interesse do estudo e a utilização dos SAB.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa). Estudo epidemiológico observacional e transversal. Os dados foram gerenciados pelo programa SPSS versão 12.0 e foram realizadas análise descritiva e bivariável.</p> <p>População: 292 idosos com 60 anos ou mais e moradores da área de abrangência do distrito Noroeste de Porto Alegre.</p> <p>Principais resultados: A maioria dos idosos eram do sexo feminino com idades entre 60 e 79 anos. Os SAB foram utilizados por 49,7% dos idosos, motivados por sua localização (28,5%), qualidade (26,5%) e gratuidade (22,9%). O principal motivo relatado para a sua não utilização foi possuir plano de saúde (46,9%). A grande maioria dos idosos que utilizou a SAB considerou-a próximo à sua residência (91,6%), mas muitos idosos utilizavam unidades diferentes das definidas na política municipal. As principais finalidades de uso dos SAB foram vacinação (24%), consultas médicas (23,7%) e busca por medicação. Os idosos deslocavam-se até o SAB essencialmente a pé (45,6%) e de ônibus (29,1%). A maior parte (59,6%) relatou levar até dez minutos para o deslocamento. Para 76,4% dos idosos que utilizavam um SAB, seus problemas eram resolvidos. Os fatores associados negativamente à utilização do SAB foram “escolaridade”, pois a maioria</p>

	<p>dos idosos eram analfabetos ou com primário incompleto (72,1%) utilizava um SAB, e os que possuíam ensino médio ou superior não o utilizavam (74,0%) e o fato de “perceber-se saudável” (81%), e a variável associada positivamente foi “autorrelato de dano crônico” (55%).</p> <p>Conclusão: Idosos expostos a situações de fragilidade relacionadas às condições econômicas e de saúde foram os que mais utilizaram um SAB, demonstrando sinais de equidade do sistema. No entanto, é necessário ampliar a cobertura àqueles que não conseguem acesso, bem como as estratégias de atenção para dar conta da heterogeneidade de demandas desse grupo etário, estabelecendo estratégias de promoção da saúde, prevenção de danos crônicos, suas complicações e ações de reabilitação. Envolve ainda alterar as representações presentes em nossa sociedade relacionadas às questões sobre o processo saúde-doença, ser saudável e o papel dos serviços de saúde, tanto na perspectiva dos usuários como na dos profissionais envolvidos com a assistência e formulação de políticas para esse grupo populacional. Se o impacto do envelhecimento populacional e o consequente aumento da utilização dos serviços pelos idosos não forem pensados, a racionalização dos recursos no contexto atual trará importantes consequências na qualidade de vida dos atuais e futuros idosos e, também, nos próprios gastos do sistema de saúde.</p>
A6	<p>Objetivo: Avaliar o padrão de acesso e utilização de serviços entre os idosos residentes nas áreas rurais do país.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa). Estudo de corte transversal. Empregaram-se dados do suplemento sobre Acesso e Utilização de Serviços de Saúde da PNAD dos anos de 1998 e 2003. Na análise compararam-se as populações de idosos residentes em área rurais e urbanas no ano de 2003 e os idosos residentes em áreas rurais entre 1998 e 2003. Utilizou-se o programa estatístico SPSS versão 13.</p> <p>População: Em 1998 e 2003, o tamanho da população rural idosa na amostra da PNAD foi de 6.366 e 6.220 idosos, respectivamente e na amostra urbana em 2003 foi de 30.776 idosos.</p> <p>Principais resultados: Na zona rural prevaleceu idosos entre 60 e 69 anos, com igualdade por sexo. Na zona urbana também prevaleceu a faixa etária dos 60 aos 69 anos, porém a maioria do sexo masculino. A prevalência de incapacidade funcional moderada aumentou com a idade nos idosos rurais e urbanos em 2003. Na zona rural, as mulheres idosas consultaram mais que os homens idosos, porém menos que os idosos urbanos. A continuidade do cuidado nas mulheres rurais é maior do que nos homens, porém menos que nos idosos urbanos. Essa continuidade aumenta de acordo com a idade. A cobertura de mamografia nos dois anos que antecederam a entrevista entre as mulheres de 60 a 69 anos representa um indicador de acesso e adequação da atenção primária neste grupo populacional, sendo essa cobertura de 13,9% para as mulheres residentes em áreas rurais e 43,1% em áreas urbanas. Em 2003, a proporção de idosos que consultaram um dentista foi muito baixa, diminuindo ainda mais com a idade em ambos os sexos, porém os homens rurais consultam mais o dentista do que as mulheres. Embora muito baixa, dentre idosos residentes nas áreas urbanas, essa proporção é mais do que o dobro dos rurais. Em 2003, os postos e centros de saúde predominaram dentre os serviços procurados pelos idosos residentes em áreas rurais, nos idosos residentes em áreas urbanas, apesar de predominar a participação dos postos e centros de saúde, o peso relativo dos consultórios privados é maior. O padrão de acesso reflete-se na utilização de serviços de saúde. A proporção de idosos rurais que utilizou serviços de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista foi de 18,1% em 2003. Nos idosos urbanos essa taxa foi 25,3 %, sendo que idosos com necessidades a taxa de utilização aumenta, porém diminuindo com o avanço da idade. As idosas rurais com restrição de atividade utilizaram mais os serviços de saúde do que os homens. Os idosos urbanos com restrição de atividades apresentaram maior taxa de utilização de serviço do que os idosos rurais. Os dados da PNAD não indicam presença de demanda reprimida, já que o percentual de pessoas idosas que procuraram serviços e não foram atendidas foi menor do que 1%, tanto nas áreas rurais como nas urbanas. Dessa forma, o diferencial na utilização resulta de variação na procura por serviços de saúde, com os idosos residentes em áreas rurais procurando menos do que os urbanos. A taxa de internação no último ano entre os idosos rurais foi de 13,1% em 2003, variando pouco entre homens e mulheres, mas aumentou linearmente com a idade. Nas áreas urbanas, a taxa geral de internação não diferiu da área rural, mas os homens idosos residentes nas áreas urbanas apresentaram taxas de internação maiores do que as das mulheres, em particular nos grupos de idade mais avançada. O SUS financiou a maior parte dos atendimentos realizados nos 15 dias antes da entrevista aos idosos rurais e um pouco menos aos idosos urbanos, destacando que a grande maioria utilizou o SUS, seguida de pagamento particular e plano de saúde nas áreas rurais já os idosos urbanos possuem proporção maior de plano de saúde e, consequentemente, menor em pagamento particular e SUS. Em relação ao desempenho dos serviços de saúde na atenção à população rural no período entre 1998 e 2003, observou-se alguma melhora. O aumento de serviços de uso regular ocorreu, em particular, nos postos e centros de saúde. O SUS aumentou sua participação enquanto fonte de pagamento dos serviços utilizados, paralelamente à redução do pagamento do próprio bolso. Houve aumento expressivo da participação relativa dos postos e centros de saúde na prestação de serviços, mas não na redução da participação dos hospitais. A cobertura por plano de saúde também aumentou, mas não a sua participação como fonte de pagamento.</p> <p>Conclusão: Os resultados sugerem que os mais idosos apresentam barreiras de acesso ainda maiores. O diferencial de gênero na utilização favorável à mulher foi mais marcado nos idosos rurais. Barreiras financeiras também são mais marcadas. Houve indicativo de alguma melhora no desempenho dos serviços do SUS. Recomendou-se ampliação da oferta e adaptação dos serviços às especificidades territoriais, culturais e sociais dos idosos rurais. Os dados da PNAD mostram que as populações territorialmente definidas como rural e urbana são marcadamente diferentes no que tange ao padrão de acesso e utilização de serviços de saúde, o que denota a importância do território nesse padrão. O estudo mostrou que as políticas de saúde no período foram abrangentes, pois englobaram as populações de idosos rurais, ainda que limitadas para alterar</p>

	a situação de desvantagem no acesso e na utilização de serviços de saúde desta população. A redução dessas desvantagens implica melhorar a oferta de serviços para a população rural, além de organizá-los de modo a atender às especificidades territoriais, culturais e sociais desses grupos populacionais.
PUBMED	
A7	<p>Objetivo: Analisar a evolução temporal da internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde segundo sua estrutura, magnitude e causas.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa). Estudo transversal com base em dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS e do Sistema de Informação da Atenção Básica.</p> <p>População: Idosos de 60 a 74 anos, residentes no estado do Rio de Janeiro durante os anos de 2000 a 2010.</p> <p>Principais resultados: Do total de redução de internações na década, quase a totalidade foi por ICSAP para todas as causas e grupos etários. As doenças crônicas foram responsáveis por mais da metade das ICSAP. Homens idosos tiveram maiores taxas de ICSAP do que mulheres, porém em ambos houve redução. Idosos com idades mais avançadas (70-74 anos) apresentaram maior risco de internações, mas foi nesse grupo etário que aconteceu a maior redução na década. Houve o aumento do acesso dos idosos à atenção primária no Rio de Janeiro. A cobertura da ESF passou de 3,6% em 2000 para 23,6% em 2010. Também aumentou, embora com irregularidade no período, o número de consultas médicas de idosos da ESF (de 90 para 420 por 1.000 habitantes, entre 2000 e 2010, respectivamente). Foi encontrada correlação negativa entre as internações e os indicadores de acesso à APS, identificando que, quanto maior a cobertura da ESF e/ou maior o número de consultas realizadas por idosos na APS, menor o número de ICSAP.</p> <p>Conclusão: O avanço da reorganização da atenção primária em saúde no Rio de Janeiro vem provocando impactos significativos na morbidade hospitalar da população idosa residente. As ICSAP mostraram-se importante instrumento para gestão, na medida em que identificam as principais causas sensíveis à intervenção dos serviços de saúde, sinalizando, assim, quais ações são mais efetivas para a diminuição das internações e que, conseqüentemente, contribuem para o aumento da qualidade de vida dos idosos.</p>
A8	<p>Objetivo: Comparar o grau dos cuidados centrados na pessoa (score APS) de duas maneiras diferentes de fornecimento de cuidado primário no Brasil (ESF vs. UBS); para avaliar a associação de hipertensão, diabetes mellitus, doenças mentais, dor crônica, obesidade e obesidade central, com pontuação APS; e avaliar o score da APS na qualidade de vida em indivíduos idosos que receberam cuidado nessas unidades.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa). Estudo transversal realizado por meio do instrumento PCATool versão Brasil, entre agosto de 2010 e agosto 2011.</p> <p>População: 509 usuários de 60 anos ou mais da APS em Ilhéus, Bahia, em 13 ESF e 8 UBS.</p> <p>Principais resultados: Predominou idosos do sexo feminino com idade entre 72 e 80 anos e baixa escolaridade. Mais pacientes com maior escolaridade consultaram em UBS do que em ESF. A frequência de principais problemas de saúde foi semelhante nos dois modelos de atenção, sendo as DCNT as principais. A prevalência de pontuações mais altas foi maior no modelo de ESF do que em UBS entre eles os escores da APS para o atributo acesso de primeiro contato, sendo o componente acesso-acessibilidade mais baixo que o componente acesso-utilização. Baixa pontuação de APS foi mais prevalente entre idosos que não estavam trabalhando e que consultavam em UBS.</p> <p>Conclusão: A associação entre os escores de APS e modelo de atenção reitera o papel das ESF nos cuidados de saúde para os idosos. Ela também mostra que a ESF contribui para uma maior qualidade de vida, em particular para o componente mental. Estes resultados devem contribuir para a gestão da APS de idosos.</p>
A9	<p>Objetivo: Investigar, nos países menos desenvolvidos de hemisfério sul, os problemas associados com a fragmentação e com a baixa preparação dos sistemas de atenção primária, para a promoção e proteção da saúde dos idosos.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa). Questionários projetados e aplicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).</p> <p>População: 1.167 indivíduos, 785 hipertensos a partir de 50 anos e 117 profissionais de saúde em 33 centros de saúde do Vine-Quillota Serviço de Saúde.</p> <p>Principais resultados: Prevaleceu o sexo feminino e com média de idade de 66,1 anos, a maioria com baixa escolaridade e aposentados. A maioria dos idosos utiliza transporte público para dirigir-se até as unidades de saúde ou vão caminhando, com uma média de 20 minutos, não sendo demasiado na opinião dos mesmos. 41,8% dos idosos esperam menos de 30 min para ser atendido e 39% mais de uma hora, destes, 40,4% consideram muito tempo de espera. 66,9% procuram o serviço para controle regular, 22% porque se sentiu enfermo e 6,8% para renovar a receita. Com relação às unidades onde foram atendidos, 71% considerou “receber um bom serviço” e o restante relataram coisas a melhorar (atenção mais rápida, mais medicamentos e melhor infraestrutura). Já a maioria dos profissionais entrevistados eram médicos e enfermeiros, sendo que 8,4% relatou ser menos agradável atender idosos. Considerando a infraestrutura dos serviços de saúde 80% destes possuem paradas de ônibus a, pelo menos, 200 metros, destes, ¾ apresentavam sinalização adequada para o idoso dirigir-se a sala de espera, os banheiros apresentavam adequações necessárias de proteção ao idoso. 85% dos serviços não possuíam acesso ao adequado para as pessoas com deficiência, como rampas e barras de apoio.</p> <p>Conclusão: Os cuidados primários de saúde no Chile, embora tendo os programas de cuidados de saúde para os idosos, está perdendo oportunidades para melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida dessa faixa etária.</p>

Elaborado pelo autor.