

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

**Elderly access in Primary Health Care: an Integrative review**

Kauana Flores da Silva<sup>1</sup>, Vanessa Rodrigues Pucci<sup>2</sup>,  
Teresinha Heck Weiller<sup>3</sup>, Bárbara Letícia Dudel Mayer<sup>4</sup>, Marcelo Endrigo Peres Concatto<sup>5</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** o presente estudo tem como objetivo identificar as evidências científicas acerca do acesso dos idosos na Atenção Primária à Saúde. **Método:** 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. **Resultados e Conclusão:** as evidências científicas mostram que o acesso relaciona-se com a acessibilidade e a utilização dos serviços de atenção primária, estando 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.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Saúde do Idoso; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRAT

**Objective:** this study aims to identify the scientific evidence about the access of the elderly in Primary Health Care. **Methods:** this is an integrative review of the literature, in which the search was performed in the LILACS, PUBMED, and SCOPUS databases. After the inclusion and exclusion criteria, nine studies composed the corpus of the review. **Results and Conclusion:** the scientific evidence shows that access is related to the accessibility and use of primary care services, falling short of the real health needs that the elderly population require. Further studies are needed that look into the access of the elderly as a research object, as well as a larger number of studies on the subject, in order to support managers in decision making in seeking effective health care for the elderly.

**KEYWORDS:** Elderly; Health of the Elderly; Access to Health Services; Quality; Access and Health Care Evaluation; Primary Health Care.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. E-mail: uanaflores@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Nutricionista. Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Professora, Tutora de Campo e de Núcleo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistemas Públicos de Saúde- Ênfase, Atenção Básica/ESF da UFSM. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGENF/UFSM. Pesquisadora CNPQ.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestra em Enfermagem (UFSM). Especialista em Gestão de Pessoas (UNIJUI). Coordenação de Núcleo em Enfermagem, Preceptoria de Enfermagem em Cardiologia e Atividade Docente. Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

<sup>5</sup> Cirurgião-dentista. Especialista em Endodontia. Centro Universitário Franciscano – UNIFRA.

## 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 saúde.<sup>1</sup> 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 triplique.<sup>2</sup>

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.<sup>3,4</sup> Porém, os determinantes de saúde e doença nos idosos vão além dessas enfermidades e também incluem as condições econômicas, as relações sociais nas quais estão inseridos, entre outras que podem resultar em desigualdades e vulnerabilidades a esse grupo social.<sup>3</sup>

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 serviços.<sup>5</sup> Portanto é necessária 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).<sup>3</sup>

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. Constitui-se em uma estratégia para fortalecer os sistemas de saúde, visando aprimorar a efetividade dos serviços e garantir a equidade na oferta.<sup>6,7</sup> 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 coletivo.<sup>8</sup>

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.<sup>8,6</sup>

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 oferecida.<sup>9</sup> 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 APS.<sup>6</sup>

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 se buscava superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde, objetivando o alcance da equidade dentro do sistema.<sup>10</sup> 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 denominado 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.<sup>11,12</sup>

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 nesse 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 saúde.<sup>13</sup>

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.<sup>14,15</sup>

Assim, contemplando as considerações apresentadas, torna-se essencial adquirir o conhecimento atual acerca das produções científicas, no que concerne ao acesso da população idosa à APS, construindo subsídios para a gestão na perspectiva da avaliação em saúde, no que tange ao crescente contingente populacional e ao 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 investigado.<sup>14</sup>

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 única.<sup>16</sup> 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 resultados.<sup>14</sup>

Para a construção da revisão integrativa, é preciso percorrer seis etapas distintas que garantirão a relevância da mesma em subsidiar a implementação de intervenções eficazes.<sup>16</sup> Seguiram-se, então, as seguintes etapas: primeira etapa: identificação do tema e estabelecimento da questão

de pesquisa, além da 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 definem as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, extraindo-as, organizando-as e resumindo-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 pesquisada.<sup>16</sup>

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 a 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 se percebeu 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 foram pesquisados, 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 "loatrfull 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 se utilizou a opção MeSH Terms, pois a SCOPUS não dispõe desse recurso, sendo então selecionada 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 pesquisado.<sup>15</sup> Os estudos selecionados foram classificados de acordo com os sete níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout-Overholt.<sup>17</sup>

Para a avaliação detalhada dos estudos selecionados, utilizou-se uma ficha de extração de dados composta por: objetivo, metodologia, população, principais resultados e conclusão. 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.

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 cotidiana.<sup>18</sup>

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 a duplicações, não havendo estudos analisados via SCOPUS.

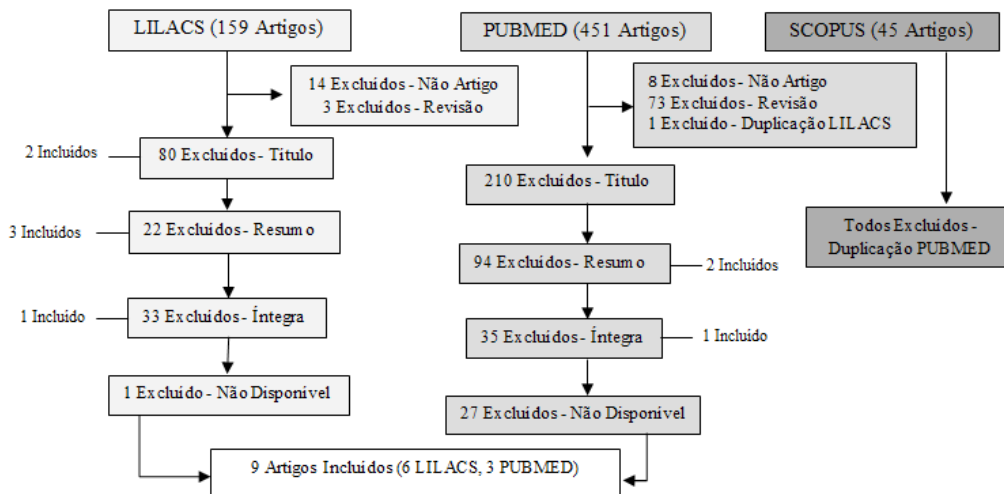
A partir da leitura prévia dos títulos, de alguns resumos e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foram sele-

cionados 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.



Fonte: 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 dimensão, 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	Nível de evidência
A1	O olhar da população idosa sobre o acesso a uma unidade básica de saúde em Porto Alegre – RS. Oliveira WNN, Teichmann LP, Silva DDF, Sirena AS, Scheneider MI. <sup>19</sup>	Brasil/Sul	2010	Revista da Faculdade de Odontologia	6



Código	Título/autor	País/Região de realização do estudo	Ano de publicação	Periódico	Nível de evidência
A2	Obstáculos ao acesso à saúde do idoso: o olhar dos profissionais de saúde. Teixeira EL, Oliveira CT, Silva SS. <sup>20</sup>	Brasil/Sudeste	2011	Revista de Enfermagem Herediana	6
A3	Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. Oliveira AAV, Sá LD, Nogueira JÁ, Andrade SLE, Palha PF, Villa TCS. <sup>21</sup>	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. Amaral FLJ, Motta MH, Silva LPG, Alves SB. <sup>22</sup>	Brasil/Nordeste	2012	Ciência & Saúde Coletiva	6
A5	Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. <sup>23</sup>	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. Travassos C, Viacava F. <sup>24</sup>	Brasil/Todas exceto Norte	2007	Caderno de Saúde Pública	6
A7	Internação de idosos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. <sup>25</sup>	Brasil/Sudeste	2014	Revista de Saúde Pública	6
A8	Avaliação da Atenção Primária à Saúde recebida por idosos e a saúde relacionada à qualidade de vida: um estudo transversal. Carvalho VCHS, Rossato C, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs S. <sup>26</sup>	Brasil/Nordeste	2013	BMC Public Health	6
A9	Resultados gerais do Projeto INTRA-OMS no Chile. Marin PPL, Villalobos AC, Carrasco MG, Kalache A. <sup>27</sup>	Chile/-	2005	Revista Médica do Chile	6

Fonte: elaborado 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 ana-

lisados, 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 à região de realização dos estudos nacio-

nais 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 em que os estudos foram publicados, observou-se uma variedade, segundo a qual a *Ciência & Saúde Coletiva* foi a 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. Diferente 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 desses serviços, quando surge uma necessidade de atenção (utilização).<sup>6</sup>

## 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 desta 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 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 utiliza os serviços de APS, era analfabeta 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 a compreenderem que o acesso e a resolutividade de seu problema são mais facilitados, bem como outros idosos relatam procurar atendimento em clínica particular, por 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, com 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 anteriormente, pois entende-se que a maioria dos idosos utiliza a APS, sendo motivada pela qualidade, gratuidade, relatando que os problemas foram resolvidos. Porém, a principal motivação foi a localização, uma vez que a maioria considerou a UBS próxima 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 uni-

dade 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 a 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 dez 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, vinte 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 apresenta 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 coloca como obstáculos de acesso do idoso na APS o 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 discorre 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 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, quanto 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 ao 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 mar-



cação 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 ser atendida no mesmo dia, sentindo-se priorizada no atendimento e não necessitando esperar um longo período ou falar com muitas pessoas para conseguir atendimento.

O resultado anterior diverge de A4 cujas limitações relatadas 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 ser atendida e alguns relataram perpassar esse tempo, destes, praticamente todos consideraram o tempo demasiado.

Esses resultados podem ser justificados, por meio dos resultados de 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 que discorrem sobre não ser agradável atender idosos.

Corroborando com esses achados, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de A6 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, seguido de pagamento particular e plano de saúde nas áreas rurais, invertendo-se nas áreas urbanas, onde 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 à 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 coloca 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 mostra que prevaleceram 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 predominaram 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 a 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 explicado por A3 refere-se à 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 tratar da 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 à 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 a 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 à 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 ter 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 à 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 a 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 aborde o acesso dos idosos na APS como objeto de pesquisa, tanto na esfera internacional como nacional, 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 [Citado 2015 jun. 23]; 19 p. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.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 [Citado 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. *Ciêns Saúde Colet* [Internet]. 2014 [Citado 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 [Citado 2015 jun. 29]. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13594/1/2013\\_VivianeCristinaUlianaPeterle.pdf](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 [Citado 2015 out. 25]. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/pdf/Redes\\_de\\_Atencao.pdf](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 [Citado 2015 jun. 29]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.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 [Citado 2015 ago. 22]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012 [Citado 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* [Internet]. Porto Alegre (RS), 2011set. [Citado 2015 jun. 20]; 32(3):451-7. Disponível em: <[file:///D:/\\_Arquivos/Downloads/16593-89711-1-PB.pdf](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.(Org.). 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 [Citado 2015 out. 22]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.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* [Internet]. 2013 [Citado 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 [Citado 2015 out. 22]. Disponível em: <<http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mest/enfermagem/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* [Internet]. 2009 [Citado 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. [Internet]. 2013 [Citado 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* [Internet]. Florianópolis (SC) 2008 out./dez. [Citado 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. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am. Enferm* [Internet]. 2006 jan./fev. [Citado 2015 jun. 28]; 14(1):124-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>>.
19. 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* [Internet]. 2010 set./dez. [Citado 2015 jun. 26]; 51(3):17-22. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/24347/23283>>.
20. Teixeira EL, Oliveira CT, Silva SS. Obstáculos ao acesso à saúde do idoso: o olhar dos profissionais de saúde. *Rev Enferm Hereditaria* [Internet]. 2011 [Citado 2015 jun. 26]; 4(2):56-63. Disponível em: <<http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2011/febrero/03%20OBSTACULOS.pdf>>.
21. 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* [Internet]. 2013 [Citado 2015 jun. 26]; 47(1):145-51. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100018)>.
22. Amaral FLJ, Motta MH, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciêns Saúde Colet* [Internet]. 2012 [Citado 2015 jun. 26]; 17(11):2991-3001. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100016](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100016)>.
23. Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciêns Saúde Colet* [Internet]. 2011 [Citado 2015 jun. 26]; 16(6):2935-44. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600031)>.
24. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 out. Rio de Janeiro. [Citado 2015 jun. 26]; 23(10):2490-2502. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001000023](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000023)>.
25. Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Internação de idosos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [Citado 2015 jul. 22]; 48(5):817-26. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt\\_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf)>.
26. 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* [Internet]. 2013 [Citado 2015 jul. 23]; 13(605). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3704970/pdf/1471-2458-13-605.pdf>>.
27. Marín PPL, Villalobos AC, Carrasco MG, Kalache A. Resultados generales del Proyecto INTRA-OMS en Chile. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2005 [Citado 2015 jul. 12]; 133(3):331-7. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n3/art10.pdf>>.

---

Aprovação: maio de 2016

Submissão: junho de 2017

---