

# ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO IDOSO USUÁRIO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Elaine Anastácia de Sousa<sup>1</sup>  
Ananda Vieira Moraes<sup>2</sup>  
Suely Maria Rodrigues<sup>3</sup>  
Carlos Alberto Dias<sup>4</sup>  
MarilenyBoechatFrauches<sup>5</sup>

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) baseia-se em ações de promoção, prevenção da saúde, sendo o acesso de primeiro contato, um dos seus atributos essenciais. O estudo teve por objetivo avaliar a qualidade da APS na perspectiva do idoso, tomando por referência o acesso de primeiro contato. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal, com abordagem quantitativa. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o Primary Care Assessment Tool - Brasil versão Adulto. Os dados revelaram alto percentual de reconhecimento do usuário pelo serviço de saúde. A utilização dos serviços de saúde representa um ponto favorável para as políticas públicas de prevenção a agravos e determinantes sociais e de saúde.

**Palavras Chaves:** Atenção Primária a Saúde. Avaliação do serviço. Idoso.

## ABSTRACT

The primary health care (PHC) is based on actions of promotion, prevention, and health access of first contact, one of its essential attributes. The study aimed to evaluate the quality of the PHC in the perspective of the elderly, taking for reference the access of first contact. It is a descriptive, cross-sectional research, quantitative approach. The instrument used for collecting data was the Primary Care Assessment Tool-Brazil Adult version. The data revealed high percentage of user recognition by the health service. The use of health services represents a favorable point for public policies of prevention of diseases and social and health determinants.

**Key words:** Primary health attention. Health assessment. Elderly.

---

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem/ UNILESTE, Discente do Mestrado em Gestão Integrada do Território/UNIVALE.  
elaineanastaciageraldo@gmail.com

<sup>2</sup> Discente do curso de Psicologia/UNIVALE, Bolsista de Iniciação científica FAPEMIG  
ananda\_moraes\_@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Coletiva/UFGM, Docente do Mestrado em Gestão Integrada do Território/ UNIVALE -  
suelyrodrigues@univale.br

<sup>4</sup> Doutor em Psicologia, Docente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e  
Mucuri. UFVJM - carlosdiaspsicologo@gmail.com

<sup>5</sup> Doutora em Odontopediatria/UNICSUL, Docente do Mestrado em Gestão Integrada do Território/UNIVALE -  
marilenyboechat@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

O idoso pode ser abordado na perspectiva biológica, psicológica, social, intelectual, econômica e funcional, sendo a abordagem cronológica a mais utilizada. Com o envelhecimento as modificações morfológicas e funcionais predisõem a agravos e doenças que possam comprometer sua saúde e qualidade de vida. Assim envelhecer é um evento progressivo e multifatorial podendo ser um processo heterogêneo, em que cada indivíduo apresenta uma experiência individual (NERI, 2007; LIMA, SILVA, GALLARDONI, 2008). O aumento da população idosa na perspectiva mundial direciona ao aspecto de transição demográfica, gerando novas preocupações em torno do processo conhecido como envelhecimento populacional, caracterizado pela redução no número de crianças e jovens e pelo aumento da proporção de pessoas com 60 anos ou mais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O envelhecimento mundial é, portanto, uma das consequências da transição demográfica, isto é, do declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, gerando maior expectativa de vida, e consequentemente aumento de doenças crônicas degenerativas. De acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2011 a população idosa correspondia a 11% da população mundial e em 2050 chegará a 22%. A população idosa irá passar dos 841 milhões para 2 bilhões até 2050, ao passo que a saúde pública terá que trilhar novos caminhos frente as doenças crônicas degenerativas (OMS, 2014).

A população idosa no Brasil tem crescido. As expectativas e que em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um número superior a 30 milhões de pessoas. É possível observar que o avanço tecnológico, o investimento em saúde e a introdução de medicamentos favoreceram a queda da mortalidade no país, e o aumento da expectativa de vida (IBGE, 2011).

Em Minas Gerais, a população idosa representava 11,8% da população total em 2011, o que corresponde a cerca de 2.302 mil pessoas. As regiões da Zona da Mata, Jequitinhonha, Rio Doce representa uma proporção de idosos, com aproximadamente 13% da população total (RIANI et al., 2014).

O aumento de indivíduos idosos intensifica a procura pelo serviço de saúde, principalmente no âmbito das doenças crônicas. Políticas públicas de saúde, como ações de promoção, prevenção e assistência ao idoso tornam-se um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na perspectiva social, quanto no aspecto demográfico e epidemiológico. Este fenômeno tem levado a uma reorganização do sistema de Saúde, pois essa população exige cuidados que são um desafio devido às doenças crônicas. (FRACOLLI et al., 2014).

A APS teve início em 1920, na Inglaterra, no Relatório Dawson, momento em que procedeu a discussão sobre as vertentes da medicina preventiva e a medicina focada na doença, crítica que fortaleceu a ideia da assistência médica junto ao indivíduo e à comunidade. Modelo de saúde seguido na Inglaterra, ao passo que foi implantado em outros países a exemplo de Cuba e Canadá.

Na década de 1970 ocorreu a organização da Conferência Internacional sobre atenção primária de saúde, em 1978, resultando em “Declaração de Alma-Ata”, representada por 134 países, onde o governo é responsável pela saúde de sua população levando em consideração as determinantes sanitárias e sociais, sendo a saúde o direito de todos a nível mundial (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do indivíduo, mantendo-se o vínculo entre usuários e serviços de saúde, sendo o primeiro local a ser procurado pelo indivíduo. Assim, a APS

pode ser avaliada pela existência de quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação da atenção e integralidade; e três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Desse modo, avaliar os serviços de saúde compreende a produção de conhecimento e/ou instrumentos visando à melhoria da assistência prestada através das técnicas e tecnologias desenvolvidas pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

A avaliação da APS é uma ação importante para a organização do serviço, sendo o ponto de partida para uma análise concreta do processo de trabalho, utilizando ferramentas diferentes. Assim a APS foca o monitoramento da estrutura, processo e resultado por meio de dados obtidos nos sistemas de informação em saúde, favorecendo a captação de métodos apropriados. Os elementos de estrutura incluem acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado (STARFIELD, 2009; BRASIL, 2010).

Deste feito, esta pesquisa teve por objetivo avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do idoso usuário da ESF, em um município do Leste de Minas Gerais, tomando por referência o acesso de primeiro contato com a utilização do serviço de saúde.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

No Brasil, considera-se idoso aquele indivíduo que tenha atingido a idade de 60 anos, (Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996). Ao passo que existe também uma Política Nacional do Idoso, que compreende as ações sociais e de saúde voltadas a população idosa (BRASIL, 2006).

Na concepção de Beauvoir (1990) cada vez mais pessoas estão alcançando a idade de 80 anos ou mais. A evolução do ciclo da vida pode ser caracterizada pelos fenômenos que ocorrem de forma biológica, sendo capazes de interferir nos aspectos psicológicos e na aparência, como a presença de cabelos brancos, rugas e doenças próprias da idade. Ser idoso é um fenômeno do ciclo biológico capaz de modificar a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história, não é estática e sim uma evolução; a velhice não é uma doença.

Dados mais recentes evidenciados no Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento da World Health Organization/WHO (2015) demonstraram que a porcentagem de indivíduos com idade acima dos 60 anos no Brasil cresce acima da média mundial. Enquanto que a quantidade de idosos vai duplicar no mundo até o ano de 2050, ela quase triplicará no Brasil. Por aqui, a porcentagem atual, de 12,5% de idosos, deve alcançar os 30% até a metade do século, ou seja, logo seremos considerados uma nação envelhecida. Segundo a OMS, essa classificação é dada aos países com mais de 14% da população constituída de idosos, como são, atualmente, França, Inglaterra e Canadá. O envelhecimento se refere à mudança do perfil de morbidade e mortalidade da população, ao passo que as doenças crônicas aumentam. O envelhecimento vem ganhando notável representatividade, devido ao aumento da expectativa de vida e conseqüente crescimento do número de idosos na população, o que gera demanda nos âmbitos político, econômico, social e de saúde.

Em 1994, foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI), através da Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96. Nesta política estão contempladas as questões da saúde e assistência social, às quais todo idoso tem direito (BRASIL, 1998).

Em 1999, foi decretada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que determina a elaboração e adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Logo em seguida, em 2003, é aprovado o Estatuto do Idoso, representando uma das maiores conquistas sociais da população idosa no Brasil, ampliando a resposta do Estado e da

sociedade frente às necessidades da população idosa. Apesar de ter sido anunciada em 1999, a PNSPI foi implementada em março de 2006 como pacto da saúde na expectativa de promover ações de proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Assim o idoso passa a ter prioridade sobre a atenção a saúde, sendo seu acesso facilitado via ESF, como referência de serviços da atenção primária e especializada (BRASIL, 2006).

A Atenção Primária à saúde compõe-se de atributos essenciais e derivados, tornando-se uma forma de atender a população idosa em sua integridade com sua caracterização e diferenciação dos demais níveis de atenção.

Dentre os atributos essenciais, têm-se as quatro dimensões:

Acesso de primeiro contato, composto pelas subdimensões utilização e acessibilidade. Acessibilidade e utilização do serviço de saúde pelo usuário a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema de saúde. Assistência continuada centrada no indivíduo possibilitando que o mesmo chegue aos serviços de saúde com facilidade, tendo acesso universal e em horário adequado às suas necessidades, e orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, segundo o marco legal do SUS. A acessibilidade deve ser considerada com relação aos aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos (BRASIL, 2010).

Longitudinalidade/Continuidade, com as subdimensões grau de afiliação e longitudinalidade. A existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo.

Coordenação, com as subdimensões Integração de cuidados e Sistema de Informações. Ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam às suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

Integralidade, com as subdimensões serviços disponíveis e serviços prestados. Pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária e adequados ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Dentre os atributos derivados da Atenção Primária, têm-se as três dimensões: Orientação Familiar: A família é o sujeito da atenção, levando em consideração seu ambiente, cotidiano, contexto familiar e exposição a fatores agravantes da saúde. Orientação Comunitária: Reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

Comunicação Cultural: Demonstra a importância da adaptação da equipe e dos profissionais de saúde às características culturais da população, com o intuito de facilitar a comunicação e a relação com a mesma (BRASIL, 2011).

A utilização dos serviços de saúde compreende todo contato direto resultante da interação entre o comportamento dos indivíduos, os serviços disponíveis e os profissionais de saúde. A qualidade deste contato está diretamente relacionada ao acolhimento de diferentes tipos de demandas, ampla resolutividade e menor tempo de espera. É estratégico diversificar as portas de entrada com a finalidade de otimizar o uso dos recursos da unidade e evitar dificuldade ou espera prolongada. Primeiro contato implica no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema (STARFIELD, 2009).

O estudo da utilização do serviço é primordial para permitir a identificação dos aspectos que podem se tornar obstáculos, assim como dos que facilitam a busca pelo atendimento à saúde. Permitindo o uso de aspectos comotempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, turnos de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais, continuidade do tratamento (BRASIL, 2011).

O acesso pode ser compreendido como o alcance aos bens e serviços que compõem o setor saúde e a capacidade de articulação intersetorial da equipe e do sistema de saúde em uso, que faz funcionar sua referência e contra referência. O acesso está relacionado com as dimensões políticas, econômicas, social, cultural e geográfica. Ao passo que torna o principal acesso do sistema de saúde, procurado regularmente a cada vez que o indivíduo precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde (AZEVEDO, 2007).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com uma abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no município de Governador Valadares/MG em 17 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O universo do estudo é de 13.659 idosos (SIAB, 2013).

A amostra foi constituída por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, usuários da ESF do município de Governador Valadares. Para definição do tamanho da amostra foi realizado um cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção (LEVY; LEMESHOW, 1991). O nível de confiança considerado foi de 95%, erro de 5% e o padrão  $p$  considerado foi de 50%. O resultado do cálculo, após a correção para  $n$  final, feita com base no total de idosos cadastrados no ESF local, apontou uma amostra de 163 idosos, incluído o percentual de 10% referentes às possíveis perdas.

Os critérios de inclusão foram indivíduos com 60 anos ou mais, cadastrados na Estratégia Saúde da Família do município de Governador Valadares, fisicamente independentes e com função cognitiva preservada para responder ao inventário sociodemográfico e ao questionário PCATool- Brasil versão Adulto, utilizados na pesquisa. Essas condições foram avaliadas a partir dos prontuários arquivados nas ESF e com o auxílio dos profissionais de saúde que atuavam nas mesmas (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde). A presença de doenças crônicas não foi considerada, uma vez que idosos podem se adaptar às mesmas e apresentarem uma vida autônoma e independente.

Os dados foram coletados utilizando o instrumento PCATool-BRASIL versão Adulto, que apresenta originalmente quatro versões aplicáveis destinadas a crianças, a adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde e ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Para adaptá-lo à realidade brasileira, o instrumento foi transformado em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (BRASIL, 2010). Realizou-se um estudo piloto com 10 indivíduos idosos, visando verificar o modo de abordagem das questões e o tempo gasto com as perguntas. Os dados obtidos nesta etapa não foram utilizados no estudo principal.

Os dados foram analisados no *software* SPSS (v.16.0) e os escores foram calculados seguindo as instruções do Manual PCATool – Brasil versão Adulto (BRASIL, 2010).

Nesse estudo foram consideradas as normas éticas preconizadas pela Resolução 196/96 versões 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, garantindo ao entrevistado o anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa. Vale salientar que no tocante às questões éticas, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), sob protocolo CEP/UNIVALE- Parecer 532.075.

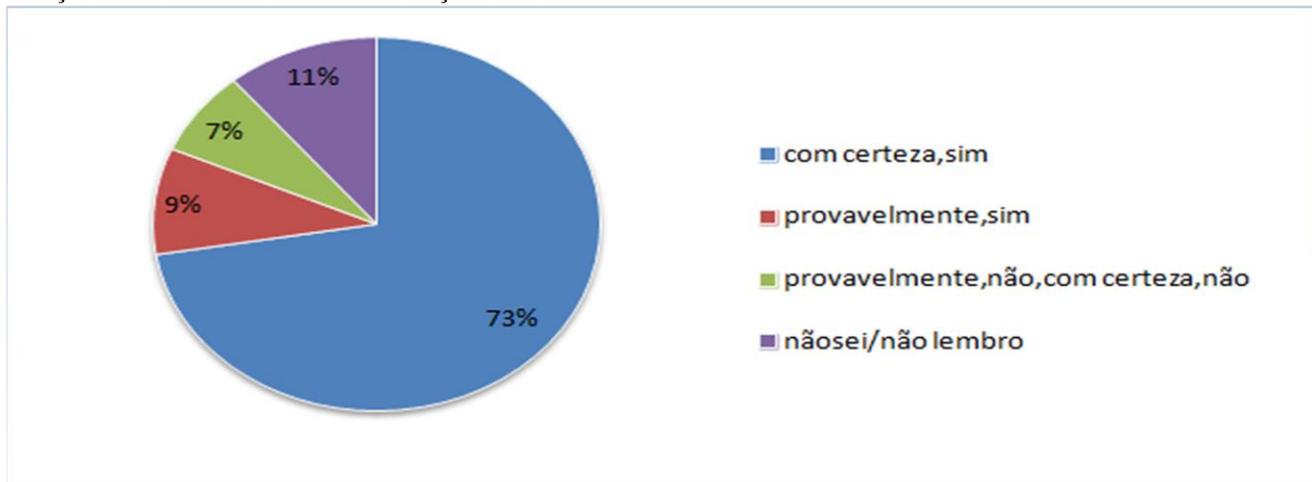
## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto aos idosos pesquisados verifica-se que a maior parte (20,8%) tinha idade entre 60-65 anos, sendo 118 (72,4%), do sexo feminino, 42,2% eram casados, 89 (54,6%) eram aposentados. Destaca-se também que 53(32,5%) moravam com os filhos e 51(31,3%) relataram morar com os cônjuges. No quesito escolaridade 45(27,3%) nunca estudaram, ao passo que 01(1%) estudaram entre sete e treze anos.

No que se refere ao atributo de primeiro contato na dimensão (utilização) o escore registrado foi de 8,1. Resultado semelhante foi encontrado no trabalho de Araújo et al.(2013) na avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso, obtendo o escore de 8,5, mantendo superior ao valor de referência. O resultado demonstra que os usuários identificam o serviço de saúde como referência ao cuidado do idoso, o dado indica a iniciativa do idoso em procurar o mesmo serviço para realizar a consulta de rotina, e que existem outros serviços para encaminhar o idoso caso necessite de avaliação de um especialista.

Pelos resultados encontrados destaca-se que idosos 73% dos idosos procuram a unidade de saúde antes de ir a outros serviços. A perspectiva aqui apresentada é uma construção em torno do atendimento e comunicação teórica e prática ofertada a este usuário, que em sua dimensão recebeu assistência integral. Assim o faz ter o reconhecimento e identificação com o serviço (GRAFICO1).

Gráfico1 –B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check– up) Você vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outro serviço de saúde?



Fonte: pesquisa de campo, 2015

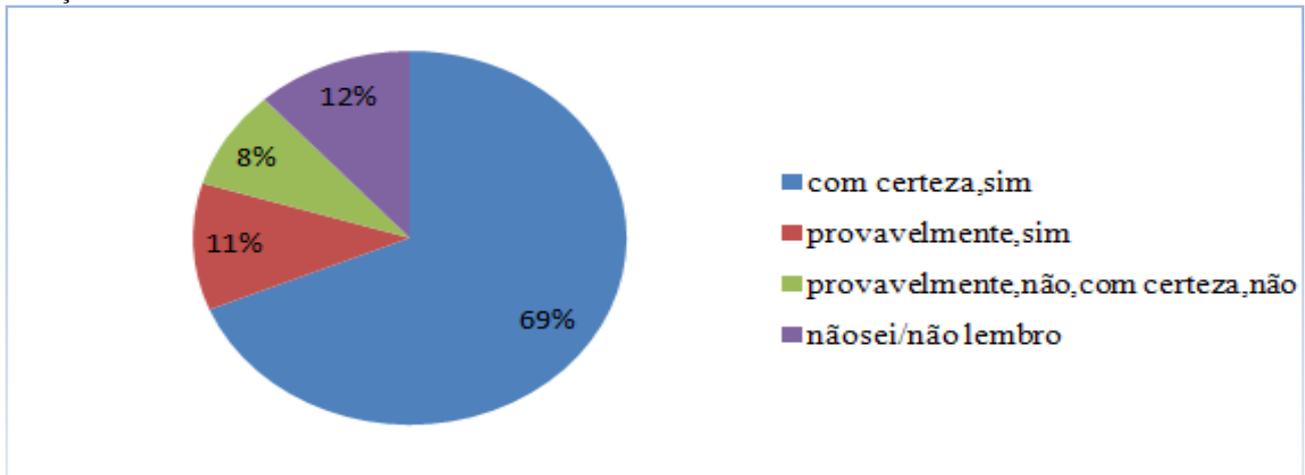
O acesso primeiro contato subdimensão utilização é onde existe a capacidade para resolução da maioria dos problemas de saúde apresentados pelo usuário. A utilização compreende o contato com todas as ações dos serviços de saúde. Como se observa a pergunta segue com uma boa avaliação, sendo que a unidade foi referenciada pelo idoso como sua preferência de procura quando necessita. A satisfação e segurança das pessoas representam a forma como os sujeitos esperam que o serviço de saúde desempenhe suas capacidade tecnológica no sentido de promover a resolutividade na saúde, ou seja, o idoso precisa se sentir acolhido.

Assim o idoso avalia de forma positiva o atributo procura do serviço. O que demonstra que a ESF pesquisada realiza a promoção de saúde, com acesso sobre a saúde do idoso e evita, assim, a procura do usuário a outros serviços, o que favorece o vínculo do idoso com o serviço. No estudo de Leão et al., (2011) e Araújo et al., (2013) a avaliação do acesso de primeiro contato foi considerada baixa, destacando a necessidade de melhoria em alguns aspectos do serviço de saúde.

Pode-se perceber que a ESF é a primeira escolha da maioria dos usuários quando necessitam de serviço de saúde. Situação semelhante foi observada em estudo realizado no município de Montes Claros/MG, onde os entrevistados afirmaram que procuravam inicialmente as unidades da ESF de sua comunidade, e só quando não conseguiam atendimento buscavam outros níveis (OLIVA et al., 2015).

Destaca-se que 69 % dos entrevistados procuraram o serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento (GRÁFICO 2). A utilização dos serviços de APS pela população depende da boa resolutividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada na pessoa, na família e na comunidade. Observa-se nas respostas dos entrevistados, que os usuários reconhecem e utilizam as consultas e os serviços oferecidos pela ESF. Considerando que o serviço busca ampliar a autonomia e a corresponsabilidade da população no cuidado integral à saúde, entendendo como fundamental reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modo de vida, ambiente, educação, condições de trabalho, moradia, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

Gráfico 2–B2 – Quando Você tem um Novo Problema de Saúde Você Vai ao Seu Serviço de Saúde antes de ir a outro Serviço de Saúde?

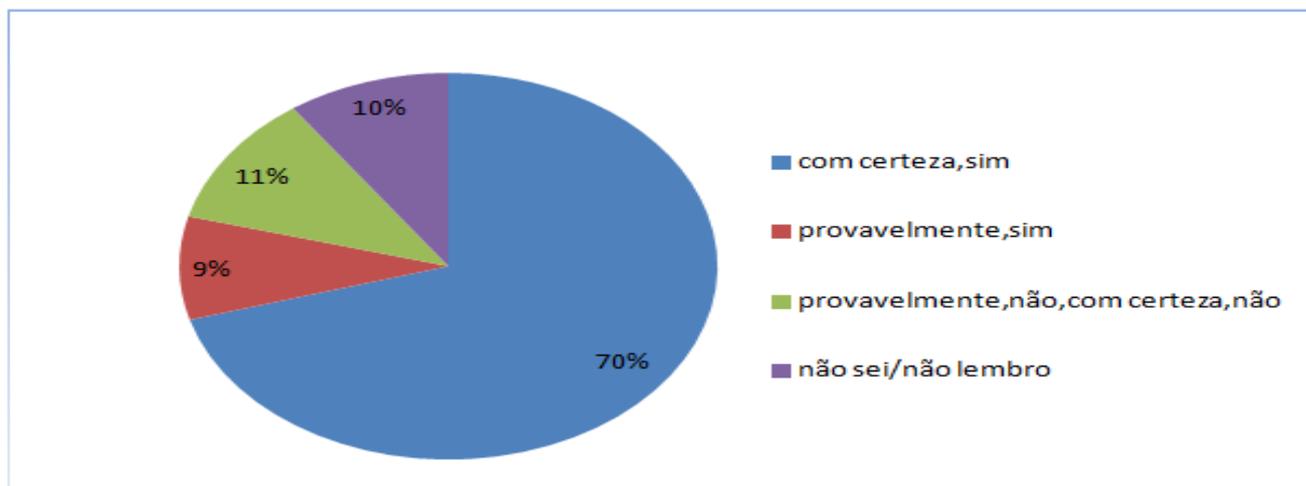


Fonte: pesquisa de campo, 2015

Nessa vertente o estudo de Silva e Fracoli (2014) apresentou um escore de valor 8,0 no que tange a dimensão utilização, corroborando com o resultado desta pesquisa. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.

Os resultados deste estudo indicam que as Unidades das ESF estão de acordo com as diretrizes e princípios do SUS, pois 70% dos entrevistados relatam serem encaminhados aos serviços especializados quando necessário (GRÁFICO 3). Os entrevistados afirmam serem atendidos em diferentes pontos de atenção, com base em encaminhamentos, processo chamado de referência. O estabelecimento de um ponto de primeiro contato com o sistema de saúde, articular cuidados preventivos e curativos nesse primeiro nível de atenção e integrar as redes de cuidado primário e especializado, são elementos fundamentais para organização do SUS de forma integrada e possibilita a atenção de melhor qualidade.

Gráfico 3 –B -3 – Quando Você tem Consultar um Especialista, o Serviço de Saúde tem que Encaminhar você Obrigatoriamente?



Fonte: pesquisa de campo, 2015

Vários fatores foram determinantes para o fortalecimento do acesso a assistência à saúde como manifestado nas respostas dos usuários. A satisfação com os profissionais especialistas atuando em modelo de APS, incorporação crescente de novas tecnologias na complementaridade diagnóstica transmitindo a ideia de integralidade da APS. Como observado no gráfico 3, o atributo “Utilização” mostra a iniciativa do idoso em ir ao serviço da APS para uma consulta com especialista, e considera adequada a existência de outros serviços de saúde, como encaminhamento para especialista.

Os resultados demonstram que no município as ações de continuidade dos serviços de saúde estão fortalecidas e segue no contexto do Sistema Único de Saúde, buscando maior resolutividade no atendimento aos idosos, evidenciado pela credibilidade e reconhecimento do usuário da ESF, representando o livre acesso ao serviço de saúde à atenção primária. A presença de referência fortalece as possibilidades de coordenação dos cuidados pela equipe de APS, apontando a equidade assegurando ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada indivíduo necessita, sem privilégios e sem barreiras. Na perspectiva de atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (FRACOLLI et al., 2015)

## 5 CONCLUSÕES

A avaliação constitui um elemento fundamental para a organização da atenção primária à saúde, favorecendo a identificação de conformes e não conformes, propondo ações para a melhoria do serviço. Com a organização dos serviços, gerenciamentos das rotinas a serem executadas as ESF se tornaram fortalecidas pela efetividade e diminuição de conflitos.

Em síntese, a atenção primária é responsável pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada dos pacientes, com foco individual e coletivo, com o papel de efetivar medidas que promovam a saúde.

Os usuários pesquisados se mostram satisfeitos com o serviço, considerando a utilização do acesso primeiro contato. Conclui-se que a utilização dos serviços de saúde representa o funcionamento da atenção primária à saúde, compreendendo desde consultas a encaminhamentos para demais níveis de atenção.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada.** 2007. 177p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Censo 2010.** Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/> Acesso em: fevereiro. 2016.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool - Brasil.** Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool - Brasil.** Brasília, DF, 2010.

BEAUVOIR, S. **A velhice.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Curitiba, v. 8, n. 29, p. 294-303, out-dez. 2013.

FRACOLLI. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo –v.39, n.1, p: 54-61, 2015.

Giovanella, I., Mendonça, mhm. Atenção primária à saúde. In: giovanella, I., escorel, s., lobato, Ivc, noronha, jc, carvalho, ai. Or. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de janeiro: fiocruz, p 575-625, 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2012;** acesso em 15 janeiro 2016. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default\\_sintese.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_sintese.shtm).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo demográfico.** Rio de Janeiro; 2011.

KUSCHNIR, R. CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.15, n. 5, p. 2307-2316. 2010.

LEVY, P. S.; LEMESHOW, S. **Sampling of populations – methods and applications**. 2. ed. New York: John Wiley and Sons, 1991. 420p

LIMA, A.M. M. et al. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 12 n. 27, p. 795- 807. Out/dez. 2008.

NERI, Anita L. **Qualidade de vida na velhice**. In: REBELATTO, J. R, MORELLI, J. G. S. *Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso*. 2a.ed. Barueri: Editora Manole, 2007. cap. 1,p.1-36

OLIVA, A.C.D. et al. Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. *Revista UNIABEU Belford Roxo* v. 8, n. 18, p. 196-208. Jan./abr. 2015.

OLIVEIRA, M. A. C. PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.**Rev. Bras. Enferm.** [online]. Brasília, v. 66 (esp). p. 158-164. 2013.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - ‘**Envelhecer bem deve ser prioridade global**’. 2014. Disponível em <http://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-OMS-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global-2/>, Jan uary. Acesso em 13/02/2016.

RIANI, R.L.J. et al. Perfil da população idosa de Minas Gerais. **Boletim PAD-MG**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 1-85, março. 2014.

SIAB: **Manual do sistema de informação de atenção básica**. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

SILVA, S.A FRACOLLI, L.A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde e debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 692-705, out-dez 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**.Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **World report on ageing and health**. 2015. 260 p.