

Avaliação da atenção primária à saúde: qualidade da coordenação do serviço na perspectiva do idoso

Evaluation of primary health care: quality of service coordination for the elderly

Evaluación de la atención primaria a la salud: calidad de la coordinación del servicio desde la perspectiva del anciano

Elaine Anastácia de Sousa^{1*}, Elaine Toledo Pitanga Fernandes², Suely Maria Rodrigues³, Carlos Alberto Dias⁴, Marileny Boechat Frauches³.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade da coordenação do serviço de atenção primária à saúde na perspectiva de idosos assistidos nas Estratégias Saúde da Família de um município do leste mineiro. **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. **Resultados:** O escore da Coordenação foi 6,4 (EP=0,2), podendo ser considerado estatisticamente próximo do valor de referência (6,6). **Conclusão:** Os idosos avaliaram de forma relativamente positiva a Coordenação, porém foi identificada uma deficiência no acompanhamento e no controle da qualidade dos serviços prestados.

Palavras-Chave: Atenção primária à saúde, Qualidade da assistência à saúde, Avaliação de serviços de saúde, Serviços de saúde para idosos.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the quality of service coordination of primary health care from the perspective of the elderly assisted in the Family Health Strategies of a municipality on eastern Minas Gerais. **Methods:** A descriptive, cross-sectional study, with a quantitative approach was conducted. **Results:** The coordination score was 6.4 (PE = 0.2) and could be considered statistically close to the reference value (6.6). **Conclusion:** The elderly evaluated the coordination in a relatively positive way, even though the monitoring and quality control of the services provided was identified as deficient.

Keywords: Primary Health Care, Quality of health care, Evaluation of health services, Health services for the aged.

RESUMEN

Objetivo: Se evaluó la calidad de la coordinación del servicio de atención primaria a la salud en la perspectiva de ancianos asistidos en las Estrategias Salud de la Familia de un municipio del este minero. **Metodología:** Para ello, se realizó un estudio descriptivo, transversal, de abordaje cuantitativo. **Resultados:** El puntaje de la Coordinación fue 6,4 (EP = 0,2), pudiendo ser considerado estadísticamente cerca del valor de referencia (6,6). **Conclusión:** Los ancianos evaluaron de forma relativamente positiva la Coordinación, pero se identificó una deficiencia en el seguimiento y en el control de la calidad de los servicios prestados.

Palabras clave: Atención primaria de salud, Calidad de la atención de salud, Investigación en servicios de salud, Servicios de salud para ancianos.

¹Professora do curso de Enfermagem – Pitágoras, Ipatinga - MG. *E-mail: elaineanastaciageraldo@gmail.com

²Professora Adjunta do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce/UNIVALE. Governador Valadares – MG.

³Professor(a) de Mestrado em Gestão Integrada do Território/UNIVALE. Governador Valadares – MG.

⁴Professor Adjunto da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri/UFVJM.

Apoiado por: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) - APQ 01981-14.

SUBMETIDO EM: 11/2018

| ACEITO EM: 12/2018

| PUBLICADO EM: 4/2019

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano pode ser biológico e natural por uma série de transformações que ocorrem no corpo do indivíduo durante o ciclo da vida. Todavia só estes fatores são insuficientes para definir a velhice e o seu cunho histórico. Fatores envolvendo o aspecto cultural, social e comportamento psicossocial dos indivíduos ao longo dos tempos ainda devem ser considerados. O crescimento da população idosa relaciona-se diretamente com a diminuição das taxas de natalidade e mortalidade infantil, melhoria no tratamento das doenças infecciosas e condições de saneamento básico, e acesso aos serviços de saúde (WHO, 2015).

Estimativas apontam que em 2050 existirão cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, a maioria concentrada nos países em desenvolvimento, como o Brasil (BRASIL, 2015). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, o Brasil apresentava aproximadamente 20 milhões de indivíduos idosos, com um crescimento da população brasileira, sendo que a estimativa é que em 2050, alcance 64 milhões de idosos (SILVA A et al. 2014).

Ao passo que, no Brasil o prolongamento da vida, traz uma preocupação com o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que se constituem como um problema de saúde pública e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda, intensificado pela transição demográfica repentina que acomete o país. Aproximadamente 85% dos idosos possuem pelo menos uma doença crônica e 10% destes apresentam comorbidades, que são responsáveis por 72% das causas de mortes (MALTA DC et al. 2016).

Preocupado com essa transição epidemiológica o governo por meio da Atenção primária à saúde (APS), do Pacto pela Vida e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) definiu que a atenção à saúde dessa população deve ter como porta de entrada a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Além disso, a saúde da população idosa passou a ser uma prioridade fortemente embasada nos atributos da APS, que busca a qualificação dessa atenção (BRASIL, 2010).

Deste feito, a PNPSI busca priorizar a preservação, melhoria e reabilitação da capacidade funcional do idoso, com o intuito de garantir sua permanência na sociedade com desempenho de suas atividades diárias de maneira independente. Busca-se ainda promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações que articulam competências das várias áreas e seus respectivos órgãos com foco em ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (ALMEIDA ER et al., 2016).

Uma vez que um dos atributos essenciais, a Coordenação do serviço envolve o aumento da capacidade de resolução da ESF, promovendo condições de elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os locais de atenção, e sem está o serviço pode ser comprometido em relação à atenção à saúde, e assim outros atributos da APS podem ser conseqüentemente comprometidos o presente estudo teve por objetivo avaliar a qualidade da Coordenação do serviço da APS na perspectiva dos idosos assistidos nas Estratégias Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Governador Valadares/MG.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa realizado em Governador Valadares/MG, cuja população é de 263.689 habitantes, sendo 36.329 idosos (IBGE, 2010). Destes, 13.659 eram cadastrados nas 35 ESF da zona urbana, divididas em 19 regiões, por ocasião da coleta de dados (SIAB, 2013). A amostra foi composta por idosos (60 anos ou mais), de ambos os sexos, fisicamente independentes, com função cognitiva preservada estando aptos a responder aos instrumentos de coleta de dados. Para definição do tamanho amostral foi realizado um cálculo baseado no método de estimativa para proporção, sendo o nível de confiança de 95%, erro de 5% e o padrão p de 50%. Após correção do *n* final, chegou-se a uma amostra aleatória estratificada por região, de 163 participantes. Considerando-se que cada ESF está inserida em uma região geográfica do município, este procedimento teve por mote garantir iguais

chances de participação aos idosos de todas as localidades. No intuito de obter dados confiáveis, antes de iniciar a pesquisa foi realizado um estudo piloto com 10 idosos, observando os critérios de inclusão e exclusão, não sendo as informações obtidas utilizadas no cômputo do estudo principal.

A pesquisa foi autorizada pelo Gestor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal de Saúde da Família. A ESF forneceu nomes e endereços dos idosos cadastrados em suas unidades. A entrevista guiada por um roteiro estruturado foi realizada na residência do participante, em ambiente reservado, procurando assegurar sua privacidade. Em todas as entrevistas, manteve-se uma atitude informal para que o idoso se sentisse à vontade em relatar suas opiniões. Reforçou-se que a pesquisa possui caráter voluntário e que os participantes deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi ressaltado ainda sobre o direito de não aceitar participar deste estudo, sem prejuízo para seu atendimento na ESF. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/UNIVALE sob o parecer 532.075 e foram consideradas as normas éticas preconizadas pela Resolução Nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo ao entrevistado o anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa. A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio e junho de 2014 e março a julho de 2015.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram um Inventário Sociodemográfico e econômico baseado no estudo de Fleck (2008) e o PCATool-Brasil (Primary Care Assessment Tool) versão Adulto. Tais instrumentos foram aplicados na forma de entrevista direta, considerando-se as características comuns aos idosos, que são dificuldades de leitura (acuidade visual e alfabetização), ou mesmo de assinalar as respostas. A entrevista foi realizada pela equipe de pesquisadores de campo previamente submetidos a treinamento sobre os conteúdos relacionados à pesquisa propriamente dita e à técnica de abordagem das entrevistas. O PCATool - Brasil versão adulto é um instrumento que mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, além de identificar os aspectos de estrutura e processo dos serviços de saúde, assim contribuindo para o planejamento e execução das ações de atenção primária à saúde (BRASIL, 2010). O PCATool-Brasil versão adulto apresenta itens do Acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, Coordenação, Integralidade, Orientação Familiar e Orientação Comunitária. Entretanto, nesta pesquisa foi avaliado o atributo Coordenação do serviço, que é subdividido nas dimensões Integração de Cuidados (dimensão E), que avalia a relação entre a UBS e o serviço especializado, e Sistema de Informações (dimensão F) que avalia o processo dos registros de saúde e consulta ao prontuário.

As perguntas da dimensão Integração de Cuidados (dimensão E) são compostas por: E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”? Sim (Continue a responder). Não (Passe para a questão F1). Não sei/não lembro (Passe para a questão F1). E2 – o serviço sugeriu que você fosse consultar com especialista ou serviço especializado? E3 – o serviço de saúde sabe que fez consultas com especialista ou procurou o serviço especializado? E4 – o seu médico/enfermeiro discute com você diferentes serviços que você poderá ser atendido? E5 – o profissional ajudou na marcação de consultas? E6 – o serviço escreveu as informações a respeito da sua consulta para o especialista? E7 – os profissionais procuram saber qual foi o resultado de sua consulta? E8 – após ir ao especialista o serviço ouviu de você como foi à consulta? E9 – o serviço demonstrou interesse na qualidade dos serviços prestados pelo especialista.

As perguntas da dimensão Sistema de Informações (dimensão F) são compostas por: F1 – quando você vai ao serviço, você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? F2 – o seu prontuário está sempre disponível para você consultar? F3 – você poderia ler o seu prontuário se quisesse?

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha do Microsoft Office Excel TM 97-2003 e agrupados, levando em consideração as variáveis incluídas no Inventário Sociodemográfico e Econômico e PCATool-Brasil versão adulto. Estes dados foram processados no software R, versão 3.3.2, livremente disponível no sítio <https://www.r-project.org/>. Para o estudo das associações entre as variáveis pesquisadas foi utilizado o teste Qui-Quadrado a um nível de 95% de confiança. Foram aplicados diagramas Kiviat para reconhecer o padrão de respostas do grupo de estudo em relação às dimensões e respectivas variáveis estudadas. O

diagrama Kiviat, também conhecido como gráfico de radar ou gráfico de estrela é um método gráfico para apresentar diversas variáveis geralmente correlacionadas que tendem a culminar em uma variável latente. É expresso na forma de um gráfico bidimensional de três ou mais variáveis quantitativas representadas em eixos que partem do mesmo ponto.

Em relação ao PCATool - Brasil versão adulto, destaca-se que a análise dos dados das dimensões Integração de Cuidados e Sistema de Informações foi realizada a partir do cálculo de escores, seguindo a orientação do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Como indicado no referido manual, os escores foram transformados em escalas de 0 a 10. Para o cálculo do escore do atributo Coordenação do serviço foi realizada a média dos escores obtidos nas dimensões Integração de Cuidados e Sistema de Informações, sendo considerados serviços de saúde com Alto Escore de APS aqueles que obtiverem valor maior ou igual a 6,6 (BRASIL, 2010; HARZEIM E et al., 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 163 idosos assistidos na ESF da zona urbana de Governador Valadares/MG. Os resultados demonstraram que os pesquisados possuíam uma média de idade de 71 anos (DP=8,1). A **Tabela 1** apresenta as características sociodemográficas e econômica da amostra pesquisada.

Tabela 1- Distribuição de frequência das características socioeconômicas e demográficas dos participantes do estudo (n=163).

Variável	N	%
Idade (anos)		
Menos de 70	82	50,3
De 70 a 80	52	31,9
De 81 a 90	26	16,0
Mais de 90	03	1,8
Sexo		
Masculino	47	28,8
Feminino	116	71,2
Estado civil		
Casado (a)	68	41,7
Solteiro (a)	18	11,0
Viúvo (a)	59	36,2
Em união consensual	04	2,5
Separado (a)	14	8,6
Escolaridade (anos)		
Sem escolaridade	53	32,5
De 1 a 4	82	50,3
De 5 a 8	13	8,0
De 9 a 13	15	9,2
Situação de Trabalho		
Empregado	9	5,5
Desempregado	6	3,7
Auxílio-doença	1	0,6
Aposentado	88	54,0
Aposentado e trabalha	9	5,5
Do lar	16	9,8
Pensionista	33	20,2
Outro Auxílio	1	0,6
Renda familiar (Salário Mínimo)		
Menos de 1 S.M.	3	1,84
De 1 a 2 S.M.	141	86,5
3 ou mais S.M.	9	5,52
Não responderam	10	6,13
Com quem mora		
Mora acompanhado	135	82,8
Mora sozinho	28	17,2
Total	163	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Fatores como saúde, educação, situação socioeconômica, entre outros, são determinantes para uma maior expectativa de vida. Com o aumento da população idosa, as doenças advindas do envelhecimento tendem a ocorrer, assim a demanda dos serviços de saúde também cresce e, por conseguinte, os dos recursos da área (BRASIL, 2006). Segundo dados do IBGE (2010) o alargamento do topo da pirâmide etária ocorreu pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. A expectativa de vida passou para 75 anos.

Neste estudo a predominância feminina possivelmente pode estar relacionada a uma maior preocupação da mulher com sua saúde, apresentando postura mais receptiva a tratamentos de saúde, bem como adesão a tratamentos medicamentosos regulares e exames preventivos (NICODEMO D e GODOI MP, 2010). Resultados semelhantes foram reportados por Nascimento MR (2015), discutindo aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento. Quanto ao estado civil, observou-se maior porcentagem (44,2%) dos pesquisados casados ou em união consensual. Para ROCHA FCV (2011) o fato de viver sozinho na velhice pode comprometer a qualidade de vida do idoso, uma vez que, com a perda da capacidade funcional, a necessidade de um companheiro é mais sentida.

Outra variável identificada entre os idosos pesquisados foi a baixa escolaridade, notou-se que em média os mesmos apresentavam 2,9 anos (DP=3,2) de estudo. Este panorama justifica as ações governamentais direcionadas à educação, uma vez que promoção da saúde pode se fazer com educação, o que pode acarretar impacto na qualidade de vida da população e a resolução de muitos problemas de saúde ao nível da atenção primária. Segundo Barbosa TFK et al. (2015) o reduzido nível educacional dos idosos pode comprometer os aspectos socioeconômicos, culturais, e de saúde, considerando que, quanto maior a escolaridade, maior será o conhecimento, usufruto de bens e inclusão social deste grupo populacional.

Quanto à situação de trabalho, verificou-se nesta população uma maior porcentagem de aposentados e pensionistas. Assim, verifica-se que os idosos pesquisados apresentam um baixo poder aquisitivo, pois sua principal fonte de renda provém de aposentadorias e pensões. Consequentemente em função desta baixa renda e na maioria das vezes a falta de acesso a planos de saúde particulares percebe-se que se o idoso não tiver um fácil acesso aos serviços de saúde pública, sua qualidade de vida acaba sendo comprometida. De acordo com Santos SAL et al. (2010) a idade, sexo, arranjo familiar, estado conjugal, educação, renda, doenças crônicas e capacidade funcional são os fatores que devem ser considerados para um envelhecimento com qualidade.

Quanto à renda familiar, a maioria dos entrevistados declarou receber em média 1,3 salário-mínimo. Este resultado está em consonância com dados de Silva A et al. (2009) que pesquisaram o perfil epidemiológico de idosos da ESF de Cambé/PR. As principais fontes de renda desta população figuraram a aposentadoria (61.5%) e a pensão (17.1%), sendo que essa maioria sobrevive com 1 salário-mínimo. Dados similares foram observados por De Araújo VR et al. (2012) que avaliaram 109 idosos assistidos na ESF em João Pessoa/PB, constatando-se que 55% dos entrevistados eram aposentados, e tinham uma renda familiar entre 1 a 3 salários-mínimos. Uma boa situação socioeconômica mostra-se associada a melhor qualidade de vida. Problemas financeiros podem reduzir o bem-estar em idosos, atuando como fator de risco à saúde (WHO, 2005). Na descrição quanto à formação do arranjo domiciliar, os dados observados na pesquisa vêm ao encontro dos identificados na população brasileira, ou seja, cerca de 1 em cada 4 idosos vive com cônjuges, filhos, parentes ou agregados (IBGE, 2013). Vale ressaltar que idosos que moram sozinhos podem apresentar maiores riscos quanto à enfermidades e ao autocuidado (RAMOS JL et al., 2010).

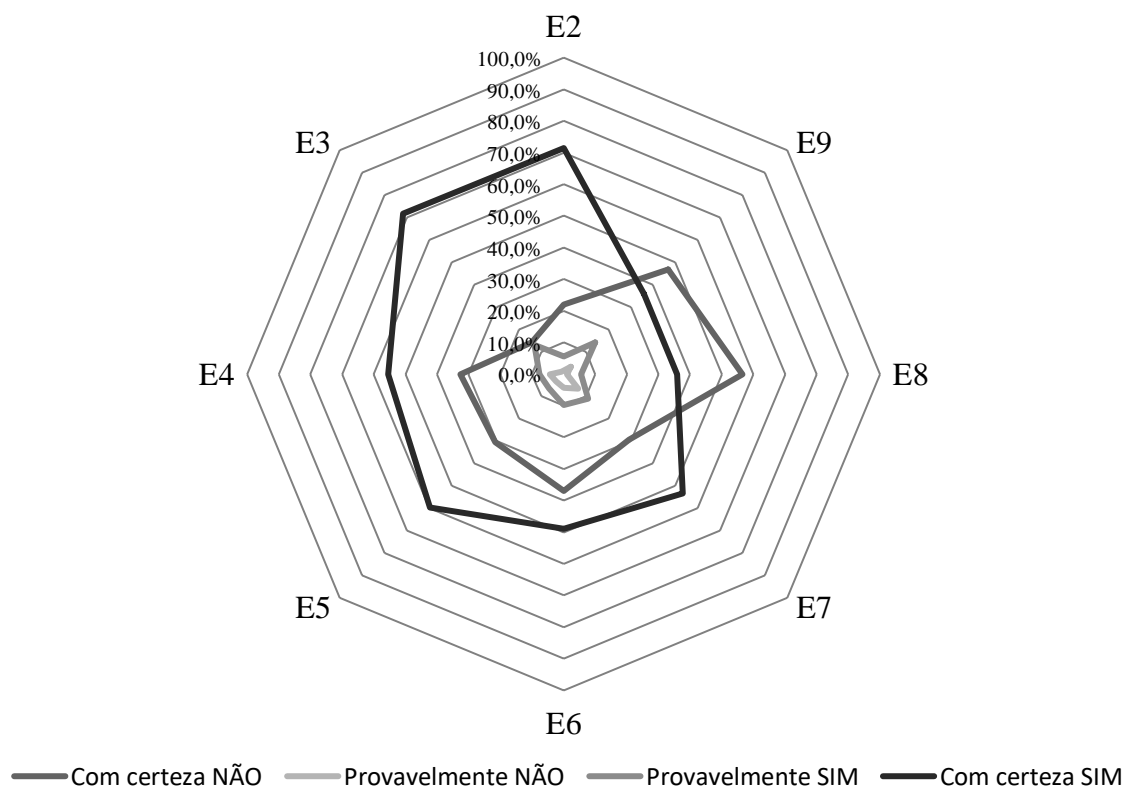
Considerando a avaliação do atributo Coordenação do serviço, nesta pesquisa, foi identificado escore médio de 6,6 (EP=0,2) podendo ser considerado, estatisticamente, um resultado equivalente ao Alto escore, uma vez que o intervalo de confiança de 95% [6,1; 7,1] inclui a referência 6,6. Para uma melhor coordenação, é necessário que o sistema de saúde conheça o papel e responsabilidade da atenção primária, secundária e terciária, bem como trabalhe com o vínculo entre elas. Resultado semelhante foi observado por Araújo LUA et al. (2014) pesquisando 100 idosos vinculados a 10 unidades básicas de saúde das quais seis eram da zona urbana e quatro da zona rural, onde os idosos avaliaram de forma satisfatória a Coordenação do serviço.

Todavia Dotto J et al. (2016) pesquisando 402 idosos da ESF de Porto Alegre/RS identificaram um escore de 5,2 (EP=1,9) para a Coordenação do serviço, ou seja, uma baixa efetividade deste atributo para a APS. Um dos grandes desafios do serviço de saúde é qualificar a APS para exercer a Coordenação do serviço, e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, aptos para garantir que a linha de cuidado integral, ou seja, uma rede dos serviços de saúde totalmente articulada, para proporcionar aos usuários da ESF resposta adequada às suas necessidades humanas básicas (BRASIL, 2015).

Destaca-se que a Coordenação está diretamente relacionada às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação dos usuários; a presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento, a existência de instalações devidamente equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possam interagir. A coordenação da assistência extrapola a dimensão geográfica, abrangendo o aspecto econômico, a existência de um corpo técnico devidamente qualificado e a necessidade do usuário buscar atendimento em serviços de saúde especializados (ALMEIDA et al., 2016).

Na **Figura 1** são apresentados os percentuais das respostas aos itens que compõem a dimensão Integração de Cuidados, dos 56,4% idosos assistidos na ESF que informaram já terem sido consultados por um especialista ou serviço especializado.

Figura 1 - Percentual das respostas dos idosos assistidos na ESF aos itens que compõem a Coordenação - Integração de cuidados

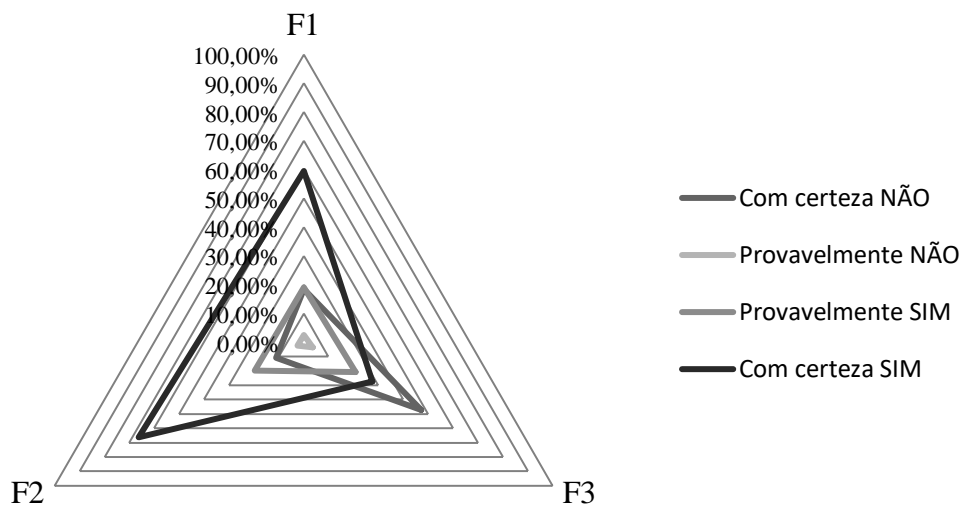


Fonte: Dados da pesquisa.

A dimensão Integração de Cuidados, integrante do atributo Coordenação do serviço possui uma questão norteadora (E1), a essência da coordenação é a integração das informações sobre o paciente devendo acontecer dentro da própria equipe e com outros especialistas, sendo aqui revelado o conhecimento sobre a procura do idoso aos serviços especializados. Ao analisar os 163 idosos entrevistados, observou-se que 56,4% informaram já terem buscado um especialista ou serviço especializado nas ESFs. Na avaliação do escore da dimensão Integração de Cuidados o resultado foi de 6,1 (EP=0,3) que é, pontualmente, um pouco inferior ao limite 6,6, porém não se pode considerar essa diferença estatisticamente significativa, visto o intervalo de 95% de confiança [5,5; 6,7]. Sendo assim, esta dimensão apresentou avaliação regular, pois os dados indicaram ligeira satisfação (do ponto de vista estatístico) em relação a essa dimensão como um todo, mas com alguns pontos deficientes, que refletem na qualidade da assistência. Araújo LUA et al. (2014) identificaram um escore de 5,5 ao pesquisar idosos assistidos na ESF em Macaíba/RN.

Na dimensão Sistema de Informações, integrante o atributo Coordenação ficou evidenciado que existem condições favoráveis à existência de registro e de disponibilidade das informações para o desenvolvimento da Coordenação do serviço. O escore obtido foi de 7,0 (EP=0,2) que está contido no intervalo de 95% de confiança [6,6; 7,3], o que quer dizer que atende às expectativas de qualidade estabelecida na literatura. A dimensão Sistema de Informações avalia os registros de saúde ou boletins de atendimento que o idoso recebeu no passado, e se seu prontuário está sempre disponível para eventual consulta. As avaliações desses itens estão apresentadas na **figura 2**.

Figura 2 - Distribuição percentual das respostas dos usuários idosos da ESF aos itens que compõem a dimensão Sistema de informações.



	F1	F2	F3
Com certeza NÃO	18,40%	11,04%	47,24%
Provavelmente NÃO	2,45%	2,45%	3,68%
Provavelmente SIM	19,02%	19,63%	20,86%
Com certeza SIM	59,51%	66,26%	27,61%

Fonte: dados da pesquisa.

Percebe-se que na maioria das variáveis relacionadas à dimensão Integração de Cuidados predomina a resposta “*Com certeza, SIM*” que confere melhores escores totais à avaliação dos serviços de saúde referentes a essa dimensão. As exceções foram as variáveis E8 e E9 que apresentaram predominância da categoria “*Com certeza, NÃO*” antagonizando o perfil positivo característico dessa dimensão. Tal constatação permite questionar o acompanhamento e o controle de qualidade dos serviços prestados, uma vez que denota uma carência da população idosa em ser ouvida e representada. Presume-se, portanto a existência de práticas assistenciais reducionistas e fragmentadas, focadas no modelo biomédico, que não sustenta uma comunicação entre os diversos níveis de atenção à saúde. Assim, ressalta-se que há necessidade de uma atenção integral à saúde do idoso, direcionada a um cuidado holístico, bem como a possibilidade de manter um fluxo na rede assistencial, conforme suas demandas de saúde.

No contexto territorial, esta questão pode ser compreendida pela maneira em que os usuários utilizam o serviço de saúde, se organizam no espaço e dão significado a ESF, constituindo tanto uma relação de poder, como um momento histórico, político, mas, sobretudo, a construção de identidade. Nesse contexto é que se identificam possibilidades para as análises em saúde, particularmente para a atenção primária, como também para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente no território da ESF (DE PAULA WKAS et al., 2016).

Percebe-se que na maioria das variáveis relacionadas à dimensão Sistema de Informações predomina a resposta “*Com certeza, SIM*” que confere melhores escores totais à avaliação dos serviços de saúde referentes a essa dimensão. A exceção foi a variável F3 que apresentou predominância da categoria “*Com certeza, NÃO*” antagonizando o perfil positivo característico dessa dimensão F. Tal constatação permite questionar o acesso ou mesmo o entendimento da informação dos serviços de saúde, uma vez que denota uma carência da população idosa em ter autonomia na informação. Nota-se que existem condições favoráveis à existência de registro e de disponibilidade das informações para o desenvolvimento da Coordenação do serviço. Considerando os escores das dimensões Integração de Cuidados e Sistema de Informações de forma dicotômica (Alto e Baixo), aplicando o teste Qui-Quadrado a um nível de 95% de confiança, nenhuma variável sociodemográfica e econômica demonstrou estar associada de forma estatisticamente significativa com o escore destas dimensões.

CONCLUSÃO

A pesquisa demonstrou que a APS é uma das estratégias mais equitativas e eficientes de se organizar um sistema de saúde. A principal dificuldade é a remodelagem para enfrentar os desafios do processo do envelhecimento que deve envolver a gestão da saúde dos idosos, o diagnóstico e o manejo de suas multimorbidades na prevenção de fatores de risco para doenças crônicas. Considerando que a coordenação do serviço é necessária para a produção de informações por meio do usuário, e que estas informações podem subsidiar gestores de saúde e profissionais da ESF na tomada de decisão, torna-se relevante conhecer a percepção do assistido no serviço de forma a materializar os pontos fortes e trabalhar aqueles apontados como frágeis. Os entrevistados avaliaram de uma forma relativamente positiva a Coordenação do serviço, embora haja indícios de deficiências no acompanhamento e no controle da qualidade dos serviços prestados, bem como carência deste grupo populacional em ter autonomia na informação. Enfim, mesmo o atributo Coordenação do serviço podendo ser considerado muito próximo do valor de referência do Alto escore, recomenda-se novos estudos buscando uma reflexão dos profissionais da saúde na atenção primária para as perguntas com baixo escore, bem como para os gestores. Tais estudos são importantes para motivar e educar os profissionais no intuito de garantir a totalidade na assistência ao cuidado da saúde da população idosa.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA ER, MOUTINHO CB, LEITE MTS. Prática Pedagógica de Enfermeiros de Saúde da Família no Desenvolvimento da Educação em Saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2016; 20 (57): p. 389-402.
2. ARAÚJO LUA, GAMA ZAS, NASCIMENTO FLA, OLIVEIRA HFV, AZEVEDO WM, ALMEIDA JHJB. Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde sob a Perspectiva do Idoso. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2014; 19 (8): 3521-3532.

3. BARBOSA TFK, OLIVEIRA RLM, FERNANDES FGM. Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Idosos Atendidos na Atenção Primária de Saúde. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem U F P E*, 2015; 9 (10): 9492-9499.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 648, de 28 março de 2006. Disponível em: <http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes.html>. Acesso em: 12 de agosto 2017.
5. BRASIL. 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
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015; 64p.
7. CAMARGOS MCS, RODRIGUES RN. Idosos que Vivem Sozinhos: Como eles Enfrentam Dificuldades de Saúde. Trabalho Apresentado ao 16º. Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu, MG, de, 2008; 29p.
8. COTTA RMM, BATISTA KCS, REIS RS, SOUZA GAD, DIAS G, CASTRO FAFD, ALFENAS RDCG. Perfis Sócios Sanitários e Estilo de Vida de Hipertensos e/ou Diabéticos, Usuários do Programa de Saúde da Família no Município de Teixeira, MG. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2009; 14 (4): 1251-1260.
9. DE ARAÚJO VR, VALENÇA AMG, ROCHA AV. Saúde do Idoso na Atenção Básica de Saúde no Município de João Pessoa: O Olhar do Usuário. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 2012; 16 (2): 195-204.
10. DE PAULA WKAS, SAMICO IC, CAMINHA MDFC, BATISTA FM, DA SILVA SL. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2016; 50 (2): 335-345.
11. DO NASCIMENTO MR. Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. Livros, 2015; 191-218p.
12. DOTTO J, ÁVILA CGA, MARTINS AB, HUGO FN, D'AVILA OP, HILGERT JB. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Atenção Primária à Saúde Acessados por Idosos em Dois Distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia, Passo Fundo*, 2016; 21(1): 23-30.
13. FLECK MPA. A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: Artemed. 2008: 33-38p.
14. HARZHEIM E, OLIVEIRA MMC, AGOSTINHO MR, HAUSER L, STEIN AT, GONÇALVES MR, STARFIELD B. Validação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil Adultos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2013; 8 (29): 274-284.
15. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.
16. MALTA DC, MORAIS OLJ, JUNIOR, J. B.S. Apresentação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2016; 25 (2) 373-390.
17. NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e Envelhecimento: Estudo de Sobre Feminização e Direitos de Mulheres Idosas. *Revista Ciência em Extensão*, 2010; 6 (1): 40-53.
18. PILGER C, MENON MH, MATHIAS TAF. Características Sociodemográfica e de Saúde de Idosos: Contribuições Para os Serviços de Saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 2011; 19 (5) 1-9.
19. RAMOS JL, MENEZES MR, MEIRA, E. C. Idosos que Moram Sozinhos: Desafios e Potencialidades do Cotidiano. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 43-54, jan./dez. 2010.
20. ROCHA FCV. Perfil de Idosos Assistidos por Equipe da Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí. *Revista Interdisciplinar, Teresina*. 2011; 4 (4): 36-41.
21. SANTOS SAL, TAVARES DMS, BARBOSA MH. Fatores Socioeconômicos, Incapacidade Funcional e Número de Doenças entre Idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Goiânia, 2010; 2 (12): 692–697.
22. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
23. SILVA A, DAL PRÁ K. Envelhecimento Populacional no Brasil: O Lugar das Famílias na Proteção aos Idosos. *Argumentum, Vitória*, 2014; 6, (1) 99-115.
24. SILVA CSO, PEREIRA M I, YOSHITOME AY, RODRIGUES NJF, BARBOSA DA (2010). Avaliação do Uso de Medicamentos Pela População Idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery*, 2009; 14 (4) 811-18.
25. STARFIELD B. Atenção Primária: Equilíbrio Entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005, 60p.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. World report on ageing and health.2015, 246p.