

## Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos

Accessibility to Basic Family Health Units from the perspective of the elderly

Dixis Figueroa Pedraza <sup>1</sup>

Amanda Manuella Dantas Nobre <sup>1</sup>

Francisco José Batista de Albuquerque <sup>2</sup>

Tarciana Nobre de Menezes <sup>1</sup>

**Abstract** *This article aims to evaluate accessibility to health services from the perspective of the elderly in a city of Northeast Brazil. Socioeconomic and demographic data were collected, and the organizational, socio-cultural and economic accessibility to services offered by the Family Health Strategy (FHS) was assessed. A validated instrument adapted for the elderly population was used to assess the FHS by users in cities in Paraíba. The association of socioeconomic and demographic variables with accessibility was assessed. For organizational accessibility, the elderly of lower economic classes were more likely to give a positive evaluation regarding the opening hours for care, and less likely to give a positive assessment in relation to the amount of people attended per day and the ease to obtain medication. Women were more likely to positively evaluate the consultation with experts (economic accessibility). The evaluation of the elderly shows the existence of barriers, especially in organizational accessibility, which still persist regarding the demand and use of health services.*

**Key words** *Evaluation of health services, Family health program, Health among the elderly*

**Resumo** *O objetivo deste artigo é avaliar a acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva dos idosos em um município do Nordeste brasileiro. Foram coletadas informações socioeconômicas e demográficas dos idosos e sua avaliação acerca da acessibilidade (organizacional, sociocultural e econômica) aos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Utilizou-se instrumento validado para avaliar a ESF pelos usuários em municípios paraibanos, o qual foi adaptado à população de idosos. Foi analisada a associação das variáveis socioeconômicas e demográficas com a avaliação da acessibilidade. Para a acessibilidade organizacional, idosos das classes econômicas inferiores apresentaram maior chance de emitir avaliação positiva aos horários de atendimento, e menor chance de avaliação positiva em relação à quantidade de atendimentos por dia e à facilidade em receber medicamentos. As mulheres apresentaram maior chance de avaliar positivamente a consulta com especialistas (acessibilidade econômica). A avaliação dos idosos mostra a existência de barreiras, principalmente na acessibilidade organizacional, que ainda persistem para a procura e a utilização dos serviços.*

**Palavras-chave** *Avaliação de serviços de saúde, Programa Saúde da Família, Saúde do idoso*

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba. Av. das Baraúnas 351, Bodocongó. 58109-753 Campina Grande PB Brasil. dixisfigueroa@gmail.com

<sup>2</sup> Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq). Brasília DF Brasil.

## Introdução

O aumento do consumo de serviços de saúde pelos idosos, relacionado ao ritmo acelerado do envelhecimento populacional e à frequente associação da longevidade com condições crônicas de adoecimento e com perdas sociais, afetivas e financeiras, podem acarretar escassez de programas de suporte que atendam às necessidades sociais e de saúde dos idosos<sup>1</sup>. Dessa forma, faz-se necessário valorizar os idosos como sujeitos de direitos, na tentativa de minimizar suas vulnerabilidades, além de planejar a organização dos serviços de saúde para atender às suas demandas, não ocasionar prejuízos à qualidade dos serviços oferecidos e promover o alcance do envelhecimento saudável<sup>1,2</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem como responsabilidade garantir o acesso universal aos serviços de saúde<sup>3</sup>. Entretanto, com as contínuas transformações sociais e epidemiológicas vivenciadas no país, há a necessidade constante de mudanças e adequações nas políticas públicas, com o intuito de reorientar os serviços de saúde às demandas da população<sup>4</sup>. O Brasil tem investido principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), com estratégias preventivas e de promoção da saúde. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) incorpora e reafirma os princípios do SUS com o objetivo, entre outros, de favorecer o acesso à assistência em saúde<sup>5</sup>. Todavia, mesmo após a implantação da ESF para reestruturar o modelo assistencial, permanece o desafio para as políticas públicas de superar as desigualdades de acesso<sup>6</sup>.

Acessibilidade diz respeito à facilidade em utilizar os serviços de saúde<sup>7</sup> e representa o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população<sup>8</sup>. Representa um pré-requisito relacionado à obtenção de cuidado e ao primeiro contato com os serviços<sup>9</sup>. Dessa forma, a acessibilidade constitui uma dimensão relevante nos estudos sobre equidade dos serviços de saúde e representa uma das principais características da APS<sup>8</sup>.

No que diz respeito ao planejamento das ações de saúde, este deve garantir a acessibilidade em todas as suas dimensões: geográfica, por meio do gerenciamento da localização das unidades de saúde; organizacional, pela oferta de cuidados adequados às demandas da população; sociocultural, pela adequação aos costumes da população assistida; econômica, pela isenção de pagamento por parte do usuário<sup>6</sup>.

Uma revisão sistemática<sup>10</sup> elencou determinados aspectos que podem influenciar a acessi-

bilidade e utilização dos serviços de saúde pela população idosa brasileira, dentre os quais estão o sexo, o grupo etário, a escolaridade, a situação socioeconômica, a composição familiar, a renda, a capacidade funcional, a autoavaliação da saúde, as necessidades em saúde, o suporte social e as crenças pessoais. Assim, considerando que o idoso apresenta peculiaridades relacionadas ao processo de envelhecimento físico, psíquico e social, as quais podem gerar alterações em seu estilo de vida<sup>11</sup>, é possível sugerir que os idosos enfrentam importantes barreiras relacionadas à acessibilidade aos serviços de saúde.

Avaliar a acessibilidade com o uso de diferentes abordagens metodológicas é relevante para o conhecimento da realidade local e qualificação dos serviços de saúde<sup>10</sup>. A qualidade, por sua vez, pode refletir o atendimento das necessidades de saúde e a satisfação com o serviço<sup>11</sup>.

Assim, visando contribuir para o esclarecimento acerca de fatores socioeconômicos e demográficos que influenciariam a acessibilidade dos idosos aos serviços básicos de saúde, este estudo objetivou avaliar a acessibilidade às unidades básicas de saúde da família na perspectiva dos usuários idosos cadastrados em um município do Nordeste brasileiro.

## Métodos

Trata-se de um estudo de base domiciliar, do tipo transversal, com coleta de dados primários, o qual constituiu um desdobramento dos resultados de uma pesquisa mais ampla, realizada em Campina Grande, intitulada “Avaliação multidimensional da saúde dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande/PB e grau de satisfação acerca dos serviços oferecidos”.

Em 2008, o município de Campina Grande possuía população de 381.422 habitantes, com 36.805 idosos. À época da pesquisa, o município possuía sistema de saúde composto por seis distritos sanitários com 63 unidades básicas de saúde da família (UBSF), perfazendo uma cobertura de 73,1% da população. Da população idosa, 23.416 estavam cadastrados nas UBSF.

Incluíram-se no estudo indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Foram excluídos indivíduos que apresentavam debilidade clínica grave, sem possibilidades terapêuticas, e idosos ausentes da cidade por tempo maior que o da pesquisa de campo na UBSF. A debilidade clínica foi informada pelos familiares, considerando diagnóstico profissional confirmado pelo entrevistador.

A amostra foi calculada estimando-se uma prevalência dos desfechos de, no mínimo, 25% (Menezes TN, resultados não publicados). O cálculo do tamanho amostral foi realizado a partir da seguinte equação:  $\{[E^2 \times p(1-p)] \times c\} / A^2$ . Onde  $E$  é o limite de confiança (1,96),  $c$  é o coeficiente de correlação amostral (2,1), considerando o procedimento por conglomerado, e  $A$  é a precisão aceita (6%) para a prevalência estimada<sup>12</sup>. A amostra de estudo, assim, foi estimada em 420 idosos.

Para a seleção da amostra foram considerados os seis distritos sanitários do município, sendo sorteada uma UBSF em cada um deles. Após a seleção das UBSF, realizou-se um levantamento do número de idosos nelas cadastrados. A partir daí foi calculada a proporção de idosos por unidade, em relação ao total das seis unidades. Tal proporcionalidade definiu o número de idosos amostrais por unidade. Sendo assim, nas seis UBSF sorteadas foram entrevistadas as seguintes proporções (números) de idosos: 9,6% (40), 11,4% (48), 14,5% (61), 8,6% (36), 43,3% (182) e 12,6% (53), totalizando os 420 idosos da amostra. Em cada UBSF, procedeu-se ao sorteio sistemático de idosos com a elaboração de uma lista com os nomes de todos os idosos cadastrados. O número a ser saltado, até chegar ao próximo idoso da lista a ser entrevistado, foi definido a partir da razão entre o número total de idosos cadastrados e o número de idosos determinados para serem entrevistados naquela UBSF. Como o cálculo foi proporcional, então o número de saltos na lista foi o mesmo em todas as UBSF.

O trabalho de campo foi realizado no período de agosto de 2009 a maio de 2010. A coleta dos dados foi realizada nos domicílios dos idosos, por três duplas de entrevistadores, devidamente treinados para este fim. Em caso da não aceitação do idoso em participar da pesquisa, o mesmo era substituído pelo idoso subsequente, considerando a seleção sistemática e mantendo o tamanho da amostra invariável.

No que se refere a este estudo, foram coletadas informações sobre sexo (feminino, masculino), grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais), nível socioeconômico (A/B, C, D/E), número de residentes no domicílio (sozinho, 2, 3 a 5, 6 ou mais) e a avaliação do idoso acerca da acessibilidade aos serviços oferecidos pela ESF.

O nível socioeconômico (NSE) de cada idoso foi verificado por meio da utilização de um questionário considerando informações sobre o grau de instrução e itens de posse da família<sup>13</sup>. Cada

dado gera uma pontuação cujo somatório corresponde a uma determinada classe econômica (A1, A2, B1, B2, C, D, E). As pontuações e as classes correspondentes foram: A1 (30 a 34 pontos), A2 (25 a 29 pontos), B1 (21 a 24 pontos), B2 (17 a 20 pontos), C (11 a 16 pontos), D (6 a 10 pontos), E (0 a 5 pontos). Para fins estatísticos, a classificação do nível socioeconômico de cada idoso foi redefinida nas seguintes categorias: A/B, C e D/E.

Para a avaliação da acessibilidade às UBSF foram utilizadas 14 perguntas extraídas de um instrumento validado, por conteúdo e construído<sup>14</sup>, composto por 71 questões dicotômicas, com alternativas de respostas sim e não. Essas 71 questões são divididas em três categorias: acessibilidade, estrutura de atendimento e encaminhamento ao sistema de referência, cada uma com suas respectivas subcategorias. A categoria acessibilidade apresenta as subcategorias sociocultural, econômica, geográfica e organizacional. As subcategorias da categoria estrutura de atendimento são: eficiência, resolutividade e humanização. A categoria encaminhamento ao sistema de referência apresenta as seguintes subcategorias: para especialista, para exames clínicos, para hospitalização.

O instrumento foi, primeiramente, adaptado pelos autores deste estudo para sua aplicação aos idosos. Esta adaptação foi realizada com a exclusão das perguntas que dificultariam direcioná-las às especificidades da realidade do idoso pela utilização de termos abrangentes como “não vale nada”, “não resolve nada”; perguntas não aplicáveis à população idosa; perguntas relacionadas ao atendimento hospitalar, distantes do objetivo do estudo; e perguntas sobre procedimentos específicos e esporádicos, dependentes da demanda.

O referido instrumento foi submetido à análise fatorial exploratória com o objetivo de analisar o seu comportamento, considerando o poder de explicação de cada pergunta em relação ao conjunto. Para esses fins, procedeu-se à extração dos fatores pelo método dos componentes principais, baseada no critério de rotação *varimax*. Em regra geral, espera-se selecionar fatores que representem um percentual de explicação da variância total maior que 60. Cada fator é composto por variáveis com suas respectivas cargas fatoriais. Quanto maior a carga fatorial maior a influência de cada item na constituição do fator<sup>15</sup>.

O índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* foi usado para avaliar a adequação da análise fatorial. Este índice pode resultar em valores de 0 a 1. Valores altos indicam que a análise fatorial é apropriada, enquanto valores abaixo de 0,5 indicam que a análise fatorial é inadequada, sendo aceitos valo-

res iguais ou superiores a 0,6. Valores entre 0,7 e 0,8 indicam moderada correlação entre os dados. Além disso, o teste de *Esfericidade de Bartlett* foi usado para examinar a hipótese de que as variáveis não fossem correlacionadas na amostra e de que a matriz de correlação original fosse uma matriz de identidade. Resultados com  $p$  menor que 0,05 mostram que a matriz de correlações não é uma matriz de identidade, e que, portanto, há relações entre as variáveis que se espera incluir na análise<sup>15</sup>.

As perguntas selecionadas por terem maior carga fatorial foram analisadas, determinando-se as frequências de avaliações positivas e negativas bem como sua categorização por aspecto teórico que avalia (oferta, acessibilidade ou utilização). Para a determinação das frequências, as respostas (sim ou não) dos idosos às perguntas foram classificadas como avaliação positiva ou negativa de acordo com o esperado, a partir das diretrizes da ESF em relação aos serviços a serem oferecidos. Nota-se que em algumas perguntas, quando o idoso responde sim, na realidade ele está avaliando negativamente o aspecto em questão. Da mesma forma, quando o idoso responde não, a avaliação é positiva.

Neste estudo, foram analisadas as perguntas classificadas como acessibilidade. Nesse sentido, considerou-se acessibilidade a capacidade dos serviços de saúde em responder às necessidades de saúde (facilidade em utilizar os serviços de saúde)<sup>16</sup>. Cabe destacar que o acesso representa um dos atributos essenciais da APS cuja garantia relaciona-se às condições existentes para que se atinja a atenção ao primeiro contato<sup>9,16</sup>, justificando-se, assim, a escolha do termo acessibilidade no lugar de acesso. Para a análise da acessibilidade, foram utilizadas as seguintes dimensões: organizacional (obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde), sociocultural (apreciação dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde tais como: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde, tolerância à dor e credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros)<sup>17</sup> e econômica (facilidades e dificuldades na obtenção do atendimento como a forma e custos derivados do deslocamento, procedimentos e obtenção de medicamentos)<sup>18</sup>.

O banco de dados foi elaborado utilizando-se o aplicativo *Microsoft Office Excel 7.0*. As análises estatísticas foram obtidas por meio do programa estatístico *SPSS 17.0*. A análise de associação entre a acessibilidade e o sexo, grupo etário, nível socioeconômico, e número de residentes no do-

mício dos idosos foi realizada por meio de regressão logística bivariada, para cálculo dos *odds ratios* (OR) brutos, com intervalo de confiança (IC) de 95%.

O projeto do qual este estudo faz parte foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e por ele aprovado, não havendo conflito de interesses, e encontra-se em concordância com os princípios éticos da Declaração de Helsinki. Os idosos receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi elaborado e assinado em duas vias, ficando uma retida pelo sujeito da pesquisa, ou por seu representante legal, e uma arquivada pelo pesquisador.

## Resultados

Dos 420 idosos selecionados, a maioria era constituída por mulheres (68,1%). Em relação à distribuição dos idosos de acordo com as demais características demográficas e socioeconômicas houve predomínio de idosos com 60 a 69 anos (48,6%), pertencentes à classe C (45,8%) e que moravam em domicílios com 3 a 5 residentes (50,8%) (Tabela 1).

A partir da análise de associação entre a avaliação da acessibilidade às UBSF e às variáveis socioeconômicas e demográficas, observou-se que

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos de acordo com as características demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, Paraíba, 2010.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	286	68,1
Feminino	134	31,9
Grupo etário		
60 a 69 anos	204	48,6
70 a 79 anos	136	32,4
80 anos ou mais	80	19,0
Nível socioeconômico		
A/B	51	12,1
C	192	45,8
D/E	177	42,1
Nº de residentes por domicílio		
Sozinho	24	5,7
2	102	24,3
3 a 5	213	50,8
6 ou mais	81	19,2

o NSE foi a que apresentou maior frequência de associação estatisticamente significativa. Idosos das classes socioeconômicas C e D/E apresentaram menor chance de avaliar positivamente a quantidade de fichas distribuídas para atendimento por dia na ESF, diminuindo em cerca de três vezes essa chance (OR = 0,35; IC95% [0,18-0,67] e OR = 0,33; IC95% [0,21-0,51]), respectivamente. Apresentaram, ainda, chance 4,54 vezes inferior (OR = 0,22; IC95% [0,06-0,76]) e 2,27 vezes inferior (OR = 0,44; IC95% [0,25-0,80]) de avaliar positivamente a facilidade em receber medicamentos na ESF, respectivamente, para as classes citadas. Houve, ainda, aumento da chance dos idosos das classes C (OR = 4,27; IC95% [1,90-9,62]) e D/E (OR = 1,61; IC95% [1,05-2,47]) avaliarem positivamente o atendimento em determinado horário na semana (Tabela 2).

Além disso, idosos da classe C (OR = 3,14; IC95% [1,39-7,10]) apresentaram mais que o triplo de chance de acreditar que a ESF destina-se ao tratamento curativista, enquanto os da classe D/E (OR = 1,90; IC95% [1,20-2,98]) apresentaram quase o dobro de chance de afirmar que a ESF destina-se ao tratamento de doenças já adquiridas; chance 2,69 vezes maior (OR = 2,69; IC95% [1,53-4,75]) de acreditarem que a ESF destina-se ao atendimento de usuários pobres (Tabela 3); e, ainda, chance quase duas vezes inferior (OR = 0,53; IC95% [0,33-0,87]) de conhecer os dias da semana em que podem ser atendidos na ESF (Tabela 2). Os idosos da classe C apresentaram chance mais de cinco vezes maior (OR = 5,17; IC95% [1,82-14,69]) de não precisar de políticos para receber medicamentos e aproximadamente o dobro de chance (OR = 1,99; IC95% [1,06-3,75]) de não deixar de se consultar com especialista por não ter dinheiro para chegar ao consultório (Tabela 4).

Neste estudo, as mulheres idosas, em comparação aos homens, apresentaram quase o dobro de chance (OR = 1,76; IC95% [1,14-2,72]) de avaliar positivamente o tempo de espera por exames, afirmando não exceder um mês (Tabela 2). Houve, ainda, entre as mulheres, 1,67 vezes mais chances (OR = 1,67; IC95% [1,09-2,55]) de não deixar de se consultar com especialista por dificuldade financeira de se deslocar ao consultório (Tabela 4).

Em relação ao grupo etário, observou-se que os idosos com idade entre 70 a 79 anos apresentaram chance mais de duas vezes inferior (OR = 0,44; IC95% [0,22-0,89]) de avaliar positivamente a visita do ACS (Tabela 2). Além disso, identificou-se quase o dobro de chance de possuir renda

suficiente para realizar os tratamentos indicados pelos profissionais da ESF (OR = 1,80; IC95% [1,04-3,11]) (Tabela 4).

Para o número de residentes por domicílio, encontrou-se chance mais de duas vezes inferior (OR = 0,47; IC95% [0,26-0,84]) de avaliar positivamente o atendimento em determinados horários durante a semana, para os idosos em cujos domicílios residiam 6 ou mais pessoas (Tabela 2). Essa variável também esteve associada à chance quase três vezes menor de desconfiar das informações médicas (Tabela 3). Idosos de domicílios com 2 e aqueles com 6 ou mais residentes apresentaram chance, respectivamente, 3,03 (OR = 0,33; IC95% [0,12-0,89]) e 2,27 (OR = 0,44; IC95% [0,26-0,75]) vezes inferior de possuir renda suficiente para realizar os tratamentos indicados pela ESF (Tabela 4).

## Discussão

Acessibilidade representa o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as demandas da população<sup>8</sup>. Dessa forma, as características dos idosos analisados neste estudo, as quais aumentaram as chances de avaliar positivamente uma determinada condição da acessibilidade, podem ser interpretadas como expressão da adequação das ações da ESF a essas características.

Nesse sentido, os resultados do presente estudo revelam o papel da ESF de Campina Grande em relação às iniquidades sociais ao constatar que idosos de menor condição socioeconômica avaliaram mais positivamente a acessibilidade, principalmente as dimensões sociocultural e econômica. Isso indica confiança nos serviços de saúde e adequação à percepção das condições de saúde, do ponto de vista sociocultural, e o alcance da gratuidade e universalidade dos serviços, do ponto de vista econômico. Entretanto, as perguntas relacionadas com a acessibilidade organizacional apresentaram, principalmente, comportamento diferente ao descrito anteriormente, o que indica problemas nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde.

Esse resultado de associação entre NSE e a avaliação dos usuários a respeito da acessibilidade aos serviços da ESF, deve ser interpretado com cautela, pois não houve análise específica da escolaridade. A escolaridade representa um importante preditor de utilização de serviços de saúde, e relaciona-se a maior conhecimento e à adoção de comportamentos saudáveis<sup>19</sup>. Ainda, a satisfa-

**Tabela 2.** Associação entre a avaliação dos idosos quanto à acessibilidade organizacional às Unidades Básicas de Saúde da Família e as características demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, Paraíba, 2010.

Variáveis	Demora mais de um mês para sair o resultado de exames encaminhados pelo PSF?		A quantidade de fichas distribuídas por dia no PSF é suficiente para atender a todos?		O(a) senhor(a) só pode ser atendido no PSF em determinado horário na semana?	
	AP* (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	41,1	1,0	35,8	1,0	37,3	1,0
Feminino	27,5	1,76 (1,14–2,72)	43,5	0,71 (0,46–1,09)	34,5	1,13 (0,73–1,73)
<b>Grupo etário</b>						
60 a 69	30,4	1,0	44,6	1,0	33,8	1,0
70 a 79	32,9	1,27 (0,73–2,21)	38,7	0,74 (0,41–1,21)	36,5	1,17 (0,68–2,01)
80 ou mais	36,2	1,12 (0,62–2,01)	36,2	0,88 (0,49–1,57)	37,5	1,00 (0,56–1,78)
<b>Nível socioeconômico</b>						
A/B	25,5	1,0	51,0	1,0	15,7	1,0
C	31,6	1,52 (0,75–3,08)	52,6	0,35 (0,18–0,67)	33,0	4,27 (1,90–9,62)
D/E	34,3	1,13 (0,73–1,75)	26,9	0,33 (0,21–0,51)	44,3	1,61 (1,05–2,47)
<b>Nº de residentes por domicílio</b>						
Sozinho	33,3	1,0	29,2	1,0	41,7	1,0
2	28,6	1,05 (0,40–2,77)	41,8	1,88 (0,70–5,05)	31,0	0,46 (0,17–1,21)
3 a 5	32,4	1,10 (0,64–1,89)	41,8	1,08 (0,59–1,96)	41,3	0,74 (0,38–1,43)
6 ou mais	34,6	1,32 (0,70–2,48)	44,4	1,08 (0,64–1,82)	24,7	0,47 (0,26–0,84)

  

Variáveis	O agente de saúde (ACS) visita a sua casa pelo menos uma vez por mês?		O(a) senhor(a) sabe os dias da semana nos quais pode ser atendido no PSF?		No PSF, é fácil receber remédio?	
	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	84,3	1,0	72,4	1,0	81,3	1,0
Feminino	86,7	0,84 (0,46–1,51)	75,6	0,86 (0,53–1,37)	86,4	0,69 (0,40–1,22)
<b>Grupo etário</b>						
60 a 69	89,2	1,0	78,4	1,0	87,2	1,0
70 a 79	85,4	0,44 (0,22–0,89)	72,3	0,60 (0,33–1,07)	81,7	0,75 (0,36–1,55)
80 ou mais	78,7	0,57 (0,27–1,19)	68,7	0,80 (0,04–1,48)	83,7	1,06 (0,50–2,24)
<b>Nível socioeconômico</b>						
A/B	86,3	1,0	68,6	1,0	94,1	1,0
C	88,5	0,84 (0,34–2,05)	81,2	1,06 (0,54–2,08)	89,0	0,22 (0,06–0,76)
D/E	84,1	0,68 (0,37–1,25)	69,9	0,53 (0,33–0,87)	78,4	0,44 (0,25–0,80)
<b>Nº de residentes por domicílio</b>						
Sozinho	83,3	1,0	83,3	1,0	83,3	1,0
2	85,0	1,13 (0,32–3,90)	75,0	0,56 (0,17–1,83)	84,0	0,94 (0,27–3,18)
3 a 5	87,8	1,00 (0,43–2,27)	74,6	0,93 (0,47–1,83)	86,9	0,89 (0,40–1,97)
6 ou mais	85,2	0,78 (0,37–1,64)	72,8	0,95 (0,53–1,71)	82,7	0,71 (0,35–1,43)

AP: avaliação positiva. IC: intervalo de confiança. \*Resposta (sim ou não) atendeu ao esperado a partir das diretrizes da ESF em relação aos serviços a serem oferecidos.

ção dos usuários com os serviços de saúde tende a ser maior quando a escolaridade é menor<sup>20,21</sup>.

A persistência de barreiras no processo de busca e utilização dos serviços de saúde, criando situações de injustiça social, é uma problemática em todo o mundo independente do modelo de desenvolvimento e de atenção à saúde<sup>22,23</sup>.

No Brasil, pesquisas têm apontado o favorecimento das classes mais ricas da população no atendimento à saúde<sup>23,24</sup>, inclusive na população idosa<sup>25,26</sup>. Contudo, estudos recentes de âmbito nacional<sup>27,28</sup> apresentaram evidências do papel promotor da ESF na equidade, ao mostrar maior utilização entre as pessoas de menor nível so-

**Tabela 3.** Associação entre a avaliação dos idosos quanto à acessibilidade sociocultural às Unidades Básicas de Saúde da Família e as características demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, Paraíba, 2010.

Variáveis	O(a) senhor(a) já desconfiou do que o médico do PSF lhe falou sobre o seu problema de saúde?		O(a) senhor(a) só pode ser atendido no PSF em que é cadastrado?	
	AP* (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)
<b>Sexo</b>				
Masculino	92,5	1,0	58,9	1,0
Feminino	94,1	0,81 (0,35–1,90)	62,7	0,86 (0,56–1,32)
<b>Grupo etário</b>				
60 a 69	95,6	1,0	63,2	1,0
70 a 79	90,5	0,69 (0,22–2,13)	58,4	0,96 (0,56–1,65)
80 ou mais	93,7	1,34 (0,44–4,01)	62,5	1,16 (0,65–2,04)
<b>Nível socioeconômico</b>				
A/B	96,1	1,0	58,8	1,0
C	94,2	0,55 (0,12–2,57)	62,8	1,11 (0,58–2,09)
D/E	93,2	0,83 (0,35–1,94)	61,4	1,94 (0,61–1,43)
<b>Nº de residentes por domicílio</b>				
Sozinho	95,8	1,0	70,8	1,0
2	94,0	0,32 (0,04–2,85)	61,0	0,85 (0,31–2,31)
3 a 5	95,8	0,50 (0,17–1,48)	58,7	1,32 (0,71–2,46)
6 ou mais	88,9	0,34 (0,13–0,91)	67,9	1,46 (0,85–2,51)

  

Variáveis	O trabalho da equipe do PSF é tratar das doenças que as pessoas já têm?		O PSF foi feito para atender os pobres?		Os profissionais do PSF já lhe atenderam com má vontade?	
	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	24,6	1,0	19,4	1,0	91,0	1,0
Feminino	29,6	0,77 (0,48–1,24)	15,7	1,29 (0,76–2,21)	88,8	1,35(0,65–2,78)
<b>Grupo etário</b>						
60 a 69	24,5	1,0	17,6	1,0	91,6	1,0
70 a 79	29,9	1,56 (0,89–2,75)	16,0	0,90 (0,45–1,81)	87,6	0,63 (0,27–1,45)
80 ou mais	33,7	1,15 (0,64–2,08)	16,2	0,98 (0,46–2,09)	87,5	0,88 (0,37–2,07)
<b>Nível socioeconômico</b>						
A/B	15,7	1,0	11,8	1,0	92,2	1,0
C	23,6	3,14 (1,39–7,10)	11,0	2,50 (1,0–6,25)	90,6	0,66 (0,21–2,03)
D/E	36,9	1,90 (1,20–2,98)	25,0	2,69 (1,53–4,75)	88,6	0,81 (0,41–1,59)
<b>Nº de residentes por domicílio</b>						
Sozinho	25,0	1,0	12,5	1,0	83,3	1,0
2	27,0	1,21 (0,42–3,43)	18,0	1,23 (0,31–4,79)	84,0	2,46 (0,63–9,59)
3 a 5	29,1	1,09 (0,56–2,10)	17,8	0,80 (0,36–1,78)	92,5	2,34 (0,87–6,31)
6 ou mais	28,4	0,98 (0,55–1,73)	14,8	0,81 (0,40–1,64)	92,6	1,00 (0,37–2,65)

AP: avaliação positiva. IC: intervalo de confiança.\*Resposta (sim ou não) atendeu ao esperado a partir das diretrizes da ESF em relação aos serviços a serem oferecidos.

cioeconômico. Porém, destaca-se que a redução dessas desigualdades ainda deve ser prioritária nas políticas públicas, apontando a necessidade de ampliação do acesso que considere as necessidades dos idosos<sup>29</sup>. Nesse sentido, revela-se a

importância da organização dos serviços<sup>7,30,31</sup>. Adverte-se, assim, a necessidade de delimitar as dimensões da acessibilidade inoperantes em relação à equidade socioeconômica. No município de Campina Grande, os resultados indicam que

**Tabela 4.** Associação entre a avaliação dos idosos quanto à acessibilidade econômica às Unidades Básicas de Saúde da Família e as características demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, Paraíba, 2010.

Variáveis	Mesmo com o PSF, você ainda precisa de políticos para receber remédios?		O (a) senhor(a) já deixou de se consultar com um especialista por não ter dinheiro para chegar ao consultório?		Sua renda foi suficiente para realizar os tratamentos indicados pelos profissionais do PSF?	
	AP* (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)
Sexo						
Masculino	92,5	1,0	64,9	1,0	56,7	1,0
Feminino	92,3	1,04 (0,46–2,35)	52,6	1,67 (1,09–2,55)	56,8	0,93 (0,61–1,41)
Grupo etário						
60 a 69	93,6	1,0	56,3	1,0	52,4	1,0
70 a 79	91,9	0,70 (0,26–1,82)	56,9	1,01 (0,60–1,70)	57,6	1,80 (1,04–3,11)
80 ou mais	90	0,74 (0,26–2,07)	57,5	0,98 (0,56–1,71)	67,5	1,43 (0,80–2,57)
Nível Socioeconômico						
A/B	82,4	1,0	43,1	1,0	54,0	1,0
C	93,2	5,17 (1,82–14,69)	56,0	1,99 (1,06–3,75)	56,6	1,25 (0,66–2,36)
D/E	96,0	1,77 (0,69–4,55)	60,2	1,18 (0,78–1,80)	59,5	1,12 (0,74–1,71)
Número de residentes por domicílio						
Sozinho	95,8	1,0	58,3	1,0	69,6	1,0
2	96,0	0,34 (0,04–2,85)	59,0	0,71 (0,28–1,76)	54,1	0,33 (0,12–0,89)
3 a 5	93,0	0,33 (0,09–1,12)	57,3	0,69 (0,38–1,25)	63,0	0,64 (0,35–1,16)
6 ou mais	89,9	0,59 (0,25–1,42)	49,4	0,74 (0,44–1,24)	48,8	0,44 (0,26–0,75)

AP: avaliação positiva. IC: intervalo de confiança.\*Resposta (sim ou não) atendeu ao esperado a partir das diretrizes da ESF em relação aos serviços a serem oferecidos.

ajustes organizacionais seriam necessários para a garantia da qualidade na APS.

A avaliação positiva da acessibilidade organizacional também esteve associada a aspectos como o sexo, a idade e o número de moradores no domicílio, em relação ao tempo de espera por exames, visita do ACS e horários de atendimento, respectivamente. Essa diversidade reflete o reconhecimento da literatura que indica a complexidade atrelada à avaliação da satisfação aos serviços de saúde. Considera-se, nessa determinação, a importância da subjetividade da avaliação, das percepções de ordem cognitiva e afetiva, e das características dos pacientes (condições sociodemográficas, estado de saúde, expectativas, necessidades percebidas, experiências prévias)<sup>6,32</sup>. Por outro lado, os resultados convergem com a literatura que aponta a influência na acessibilidade aos serviços de saúde dos aspectos demográficos, da ampliação da oferta e da adequação dos serviços às características socioculturais, educacionais e econômicas<sup>28</sup>.

Entre as mulheres, a autopercepção de saúde mais negativa<sup>27,33</sup>, maior procura por serviços de saúde<sup>19,33</sup> e maior número de ações de saúde da

mulher na ESF<sup>18,20,34</sup> podem resultar em percepções diferentes, quando comparadas com os homens. Neste estudo, essa situação foi observada na avaliação da adequação do tempo de espera por resultados de exames médicos realizados, condição também constatada como aspecto negativo em outros locais do país<sup>9,21,30</sup>.

A continuidade do cuidado e a disponibilidade de atendimento são, também, dimensões reconhecidas da satisfação que podem apresentar diferenças derivadas da opinião dos usuários<sup>6,32</sup>. As falhas na continuidade das visitas dos ACS<sup>35,36</sup> e nos horários de atendimento nas unidades de saúde da família<sup>37,38</sup>, descritas em outras localidades do Brasil, foram mais percebidas pelos idosos de 70 a 79 anos, e residentes em domicílios com seis ou mais pessoas de Campina Grande.

Obstáculos na utilização dos serviços de saúde, referentes à disponibilidade de dinheiro para chegar ao consultório, foram constatados com maior probabilidade entre os idosos que entre as idosas. Da mesma maneira, a disponibilidade de dinheiro para realizar tratamentos constatou-se como fator mais importante entre os idosos de 70 a 79 anos em relação aos outros grupos etários.

Esses fatos mostram variações entre grupos sociais e/ou na oferta de serviços, e convergem com observações anteriores que apontaram, tanto na perspectiva de profissionais como de usuários, a localização da unidade, as características geográficas locais e o transporte como empecilhos para o acesso ao serviço<sup>39</sup>. Nesse contexto, a promoção da equidade no cuidado à saúde deve considerar os aspectos que diminuem a força da condição econômica, tais como a visão cultural dos homens que associam a busca por serviços de saúde à negação da masculinidade<sup>18,33</sup>, e a maior estrutura etária como fator que prejudica a capacidade de deslocamento<sup>40,41</sup>.

Por fim, cabe ressaltar que os resultados verificados se apresentam coesos aos estudos avaliativos da ESF que sinalizam problemas importantes relacionados ao acesso aos serviços especializados, à desarticulação da rede de atenção e à ausência de políticas públicas de enfrentamento dos determinantes sociais<sup>42</sup>. Ainda, a importância do estudo condiciona-se à carência de estudos com foco na dimensão organizacional e à perspectiva metodológica que considerou a visão dos usuários condizente com a visão atual de qualidade que privilegia o julgamento dos clientes<sup>42,43</sup>.

Neste estudo, a acessibilidade organizacional foi a que apresentou pior avaliação. Nesse sentido, destaca-se que idosos das classes econômicas inferiores apresentaram menores chances de avaliar positivamente condições relacionadas com suas necessidades: quantidade de atendimentos

por dia e facilidade em receber medicamentos. As informações obtidas com este estudo mostram-se relevantes ao identificar a importância da ESF na minimização das desigualdades sociais na população idosa e a existência de algumas barreiras organizacionais, principalmente, que ainda persistem para a procura e utilização dos serviços. O conhecimento dessas barreiras e suas diferentes conotações segundo características demográficas e socioeconômicas dos usuários são aspectos importantes para o planejamento, aprimoramento e adequação dos serviços de saúde. Entretanto, a interpretação desses resultados deve ser realizada com cautela, pois a ausência de comparação entre grupos controlados por variáveis, tais como sexo, idade, escolaridade, renda, autopercepção de saúde, entre outras, dificulta a mensuração da influência de fatores individuais na avaliação dos serviços de saúde ou mascara a percepção dos usuários.

Este estudo, assim como outros, apresenta limitações inerentes ao desenho transversal, pois apesar de introduzir a discussão de informações relevantes que abordam a acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos, não permite analisar uma relação de causa e efeito entre as variáveis estudadas. Desse modo, observa-se a necessidade de estudos longitudinais acerca da temática, assim como estudos que desenvolvam e validem instrumentos de avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde, específicos para idosos, tendo em vista as particularidades deste segmento da população.

## Colaboradores

D Figueroa Pedraza participou da análise e interpretação dos dados; redação, revisão crítica e aprovação da versão final; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas. AMD Nobre participou da análise e interpretação dos dados; redação e aprovação da versão final; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas. FJB Albuquerque participou da interpretação dos dados; revisão crítica e aprovação da versão final; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas. TN Menezes participou da concepção do estudo, análise e interpretação dos dados; redação, revisão crítica e aprovação da versão final; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas.

## Agradecimentos

Universidade Estadual da Paraíba e Secretaria de Saúde de Campina Grande/PB. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) pelo suporte financeiro.

## Referências

1. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare enferm* 2011; 16(1):22-28.
2. Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. Successful aging and health vulnerability: approaches and perspective. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(35):867-877.
3. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 21 out.
4. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(2):279-284.
5. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):319-325.
6. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCS, Silva RAR, Rocha NSP. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis* 2011; 21(3):1061-1076.
7. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):725-737.
8. Arcêncio RA, Arakawa T, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Scatena LM, Netto AR, Villa TCS. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto – São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1121-1127.
9. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2903-2912.
10. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saude Publica* 2005; 21(6):1665-1675.
11. Freitas SL, Aliny C, Albuquerque IMN, Gifoni DP, Santiago AX, Silva MJ. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família, Sobral – CE. *Saude Coletiva* 2010; 7(43):200-205.
12. Pocinho M, Figueiredo JP. *Estatística e Bioestatística*. Coimbra: Madeira; 2004.
13. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: ANEP; 1999.
14. Marcelino MQS. *Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários em municípios rurais paraibanos [tese]*. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2010.
15. Figueiredo Filho DB, Silva Júnior JA. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opin publica* 2010; 16(1):160-185.
16. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114(11):1115-1118.

17. Figueroa Pedraza D, Costa GMC. Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Enferm glo* 2014; 33:279-291.
18. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2865-2875.
19. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4395-3404.
20. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):103-114.
21. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):35-44.
22. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG, Pereira RAG. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3047-3056.
23. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):975-986.
24. Politi R. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. *Econ Apl* 2014; 18(1):117-137.
25. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):941-950.
26. Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saude Publica* 2012; 46(Supl.):100-107.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
28. Channon AA, Andrade MV, Noronha K, Leone T, Dillip TR. Inpatient care of the elderly in Brazil and India: Assessing social inequalities. *Soc Sci Med* 2012; 75(12):2394-2402.
29. Cruz MJG, Hogla Cardozo Murai. Acessibilidade dos idosos na Rede Básica de Saúde. *Rev Enferm UNISA* 2009; 10(1):48-52.
30. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate* 2014; 38(n. esp.):252-264.
31. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate* 2014; 38(n. esp.):182-194.
32. Campos CEA, Brandão AL, Paiva MBP. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família pela perspectiva dos usuários. *Rev APS* 2014; 17(1):13-23.
33. Silva RJ S, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(1):49-62.
34. Tavares DMS, Guidetti GECB, Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev eletrônica enferm* 2008; 10(2):299-309.
35. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf* 2014; 16(1):161-169.
36. Sossai LCF, Pinto IC, Mello DF. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. *Cienc cuid saude* 2010; 9(2):228-237.
37. Rodrigues V, Santos CRI, Pereira MU. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. *Saúde Debate* 2014; 38(n. esp.):173-181.
38. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Strengths and weaknesses of the care delivered in the Traditional Primary Healthcare Units and Family Healthcare Strategy units in the perspective of users. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(3):780-788.
39. Silva LOL, Dias CA, Soares MM, Rodrigues SM. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. *Cogitare Enferm* 2011; 16(4):654-660.
40. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):437-444.
41. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health* 2012; 11(33):1-8.
42. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):221-232.
43. Savassi LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2012; 7(23):69-74.

Artigo apresentado em 17/12/2015

Aprovado em 02/06/2016

Versão final apresentada em 04/06/2016

