

ACESSO DE IDOSOS ÀS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ACCESS OF THE ELDERLY TO PRIMARY HEALTH CARE UNITS

ACCESO DE ADULTOS MAYORES A LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Lorita Marlena Freitag Pagliuca¹
Beatriz da Silva Lima²
Jacqueline Mota da Silva³
Luiza Marques Cavalcante²
Mariana Cavalcante Martins⁴
Thelma Leite de Araújo⁴

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora. Universidade Federal do Ceará – UFC, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil; Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB, Instituto de Ciências da Saúde. Redenção, CE – Brasil.

² Enfermeira. Mestranda. UFC, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Promoção da Saúde. Fortaleza, CE – Brasil.

³ Enfermeira. Doutoranda. UFC, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Promoção da Saúde. Fortaleza, CE – Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora. UFC, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Fortaleza, CE – Brasil.

Autor Correspondente: Jacqueline Mota da Silva. E-mail: jacque18ms@gmail.com
Submetido em: 17/01/2017 Aprovado em: 20/06/2017

RESUMO

Objetivo: avaliar a acessibilidade para idosos às Unidades de Atenção Primária de zonas urbanas e rurais. **Método:** estudo quantitativo descritivo em 157 unidades de atenção primária do Ceará. Utilizou-se instrumento com padrões de acessibilidade da Norma Brasileira 9050/2004 para via pública e acesso ao prédio. **Resultados:** a avaliação da via pública evidencia distribuição irregular com percentuais mais altos na zona urbana para faixas de pedestres, largura de calçadas, sinalização de trânsito ($p < 0,0001$) e meio-fio rebaixado ($p = 0,0001$), enquanto que a rural apresentou $< 15\%$ de unidades acessíveis. Ambas foram igualmente inacessíveis no acesso ao prédio. **Conclusões:** as unidades de saúde rurais e urbanas apresentaram condições insatisfatórias de acessibilidade nas vias públicas e nenhuma acessibilidade aos prédios, comprometendo o atendimento aos idosos por dificuldade ou falta de acesso.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Serviços de Saúde para Idosos; Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Estruturas de Acesso.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the accessibility to Primary Health Care Units for the elderly in urban and rural areas. **Method:** descriptive quantitative study of 157 primary health care units in Ceará. An instrument with accessibility standards of the Brazilian Norm 9050/2004 for public streets and access to buildings was used in the study. **Results:** the assessment of the public streets shows uneven distribution with higher percentage in urban areas for crosswalks, wide sidewalks, traffic signs ($p < 0.0001$) and lowered curbs ($p = 0.0001$), while the rural area presented $< 15\%$ of accessible units. Both had also inaccessible buildings. **Conclusions:** rural and urban health units have poor conditions of accessibility on public streets and no accessibility to buildings, jeopardizing the proper care for the elderly by difficult or lack of access.

Keywords: Health Promotion; Health Services for the Aged; Health Services Accessibility; Architectural Accessibility.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la accesibilidad para adultos mayores a los centros de atención primaria en áreas urbanas y rurales. **Método:** estudio cuantitativo descriptivo de 157 centros de atención primaria del estado de Ceará. Se utilizó un instrumento con los estándares de accesibilidad de la Norma Brasileña 9050/2004 para vías públicas y acceso a edificios. **Resultados:** la evaluación de las vías públicas mostró distribución irregular con porcentajes más altos en las zonas urbanas para los pasos de peatones, ancho de las aceras, señales de tráfico ($p < 0,0001$) y cordones rebajados ($p = 0,0001$)- la población rural presentó 15% de unidades accesibles. El acceso a los edificios era deficiente en ambas zonas. **Conclusiones:** las condiciones de accesibilidad en las vías públicas de los centros de salud rurales y urbanos eran insatisfactorias y la accesibilidad a los edificios nula, lo cual pone en peligro la atención a los adultos mayores por la dificultad o la falta de acceso a dichos centros de salud.

Palabras clave: Promoción de la Salud; Servicios de Salud para Ancianos; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Estructuras de Acceso.

Como citar este artigo:

Pagliuca LMF, Lima BS, Silva JM, Cavalcante LM, Martins MC, Araújo TL. Acesso de idosos às unidades de Atenção Primária à Saúde. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____ ____ ____];21:e-1021. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20170031

INTRODUÇÃO

A estrutura etária da população brasileira tem sido marcada nos últimos anos por modificações nos padrões demográficos e acentuada longevidade.¹ No entanto, não basta ampliar a quantidade de anos vividos, é necessário que se invista para que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado de melhorias das condições, de tal forma que se possa desfrutar de uma velhice ativa e saudável pelo período de tempo mais longo possível.²

As aspirações da Política de Promoção da Saúde visam à equidade, autonomia e melhoria das condições de vida com base no reconhecimento e respeito às diversidades para redução de vulnerabilidades e riscos à saúde. Nesse contexto, é importante construir ambientes saudáveis favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver por meio da mobilidade humana e acessibilidade.^{3,4}

Os padrões estabelecidos para acessibilidade no meio urbano e rural em edificações, espaços e equipamentos urbanos estão dispostos na Norma Brasileira (NBR) Regulamentadora 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que considera diversas condições de mobilidade para proporcionar utilização autônoma, independente e segura do ambiente. Sua aplicabilidade para a promoção da saúde do idoso é pertinente, visto que o envelhecimento implica declínios de funções biológicas favorecedoras de fragilidade, vulnerabilidade e exposição a riscos, sendo necessárias ações de saúde planejadas para oferecer ao idoso melhor qualidade de vida.⁵

A assistência ao idoso é desafiadora por abranger questões peculiares a essa fase, devendo pautar-se no cuidado integral e contínuo para estabelecimento do vínculo com os serviços de saúde. Na atenção primária, cuidados prestados aos idosos são ofertados na unidade de atenção primária à saúde, sendo fundamental avaliar as condições de funcionamento dos serviços disponibilizados.⁶

O planejamento, implementação e valorização da assistência ao idoso impulsionam a realização de estudos que discutam intervenções pertinentes e aplicáveis às situações clínicas e questões da vida desse grupo etário, como a acessibilidade. Tais condições contribuem para o cuidado multidimensional com promoção da saúde e prevenção de agravos, em especial pelo enfermeiro, responsável por grande parte das ações estruturadas pela equipe de saúde na atenção primária.⁷

A avaliação de unidades de atenção primária à saúde quanto às condições de acessibilidade salienta o real contexto do acesso da população idosa a esses serviços de saúde, o que contribui para sensibilizar com dados fidedignos gestores e profissionais de saúde sobre a necessidade e os benefícios de instalações e adaptações na estrutura física dos ambientes, a fim de promover acesso, acolhimento e atendimento efetivos e eficazes. Diante do exposto, este artigo tem como objetivo avaliar a acessibilidade para idosos no acesso às unidades de atenção primária à saúde de zonas urbanas e rurais.

MÉTODO

Estudo quantitativo descritivo realizado em 16 municípios no Ceará, localizados no maciço de Baturité, de agosto de 2014 a maio de 2015. Como critério de inclusão foi estabelecido que as unidades de saúde deveriam estar listadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; e, como critérios de exclusão: unidades de saúde em reforma da via pública à porta de entrada, unidades fechadas, desativadas ou em local provisório no período da coleta.

Foi realizada amostragem por conveniência, sendo selecionadas todas as unidades elegíveis, conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Dessa forma, entre as 215 unidades encontradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, selecionaram-se 157 como amostra para análise.

A coleta de dados foi realizada por integrantes do grupo de pesquisa Pessoa com Deficiência – Investigação do Cuidado de Enfermagem, o qual faz parte do curso de Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (UFC), portanto, alunos de graduação e pós-graduação *strictu sensu*. Todos foram treinados para o preenchimento adequado do material, conhecimento da norma e aplicabilidade na realização correta das medições em campo.

A equipe foi dividida em duas duplas e um trio, os quais se dirigiam aos municípios duas vezes por semana durante o período. O acesso aos locais deu-se com transporte disponibilizado pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e veículo particular dos pesquisadores. Para a coleta de dados utilizaram-se câmeras fotográficas, trenas manuais e instrumento composto de itens de identificação da unidade de saúde (nome da instituição, zona e município), além dos tópicos via pública e acesso ao prédio. Seus itens foram elaborados conforme condições de acessibilidade estabelecidas na NBR 9050.

O tópico via pública, com 10 itens, avaliou a faixa de pedestres, rebaixamento de meio-fio, calçadas, avenidas, placas de sinalização de trânsito e indicativa do percurso às unidades e semáforos com dispositivos visuais e sonoros para travessia. Acerca do acesso ao prédio, seis itens avaliaram rebaixamento de guias, estacionamento, trajeto da vaga no estacionamento até entrada do edifício e sinalização em entradas, saídas, rotas de fuga e elevadores.

Realizou-se avaliação de cada item como acessível (A), se a estrutura estava de acordo com a norma; e inacessível (I), se as condições analisadas estavam com medidas inadequadas e/ou ausência de objeto necessário.

Os dados identificados foram processados pelo programa *Statistics Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, organizados em tabelas com frequências absolutas e percentuais. Utilizaram-se testes qui-quadrado de Pearson e correção de continuidade para comparação entre unidades de saúde rurais e urbanas e foi estabelecido nível de significância de 5%. Foram obedecidas as normas nacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Br-

sileira com o número 652.134/2014 e atendeu aos princípios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A autorização dos Secretários de Saúde de cada município para a pesquisa e acesso às unidades de saúde foi solicitada e deferida por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A análise foi realizada em 157 unidades de saúde, 92 (58,5%) delas localizadas na zona rural.

Na Tabela 1, acerca da acessibilidade na via pública, evidenciou-se distribuição irregular de unidades acessíveis, com percentuais mais altos na zona urbana em relação a faixas de pedestres, calçadas com largura mínima de 1,50 m, placas de sinalização de trânsito em locais visíveis ($p < 0,0001$) e meio-fio rebaixado ($p = 0,001$).

A Tabela 2 evidencia o acesso ao prédio, no qual se observa a predominância da inacessibilidade em todos os itens avaliados. Não houve diferença estatística significativa entre as zonas rural e urbana.

DISCUSSÃO

As unidades de saúde avaliadas apresentaram condições insatisfatórias de acesso, demonstrando que os serviços na

atenção primária não têm funcionado adequadamente como porta de entrada para idosos com barreiras no percurso casa-unidade de saúde, tanto na zona urbana quanto na rural. Embora a acessibilidade arquitetônica seja obrigatória e regulamentos que a normatizam estejam em vigor, a acessibilidade aos espaços em geral ainda é muito limitada. As vias públicas estão entre os locais com necessidade de melhorias, uma vez que os impedimentos que o idoso enfrenta para chegar à unidade são notórios já nesse percurso.⁸

Entre os itens avaliados na via pública, as áreas urbanas evidenciaram a melhor estrutura para o deslocamento seguro do idoso quanto à existência de faixas de pedestres, as quais proporcionam melhorias na travessia com indicação de local adequado para realizá-la. E também: sinalização de parada para os veículos possibilitarem a passagem dos pedestres; calçadas com largura mínima de 1,50 m para que os idosos caminhem confortavelmente sozinhos, acompanhados e/ou com seus instrumentos de apoio, como bengalas; placas de sinalização de trânsito em locais visíveis para que se instalem organização e otimização dos trechos com fluxo de pessoas e veículos para promoção do ambiente seguro; e rebaixamento do meio-fio para acesso do idoso à unidade de saúde, por meio do veículo para desembarque o mais próximo possível da entrada, com diminuição da locomoção ou alcance com utilização da cadeira de rodas.

Tabela 1 - Acessibilidade no percurso às unidades, segundo a zona de localização

Itens	Rural		Urbana		p
	Acessível	Inacessível	Acessível	Inacessível	
Faixa de pedestres	0 (0%)	92(100%)	14(21,5%)	51(78,5%)	<0,0001
Meio-fio rebaixado	2 (2,2%)	90(97,8%)	13(20%)	52(80%)	0,001
Calçadas livres	1(1,1%)	91(98,9%)	1(1,5%)	64(98,5%)	1,000
Avenidas sem buracos	4(4,3%)	88(95,7%)	10(15,4%)	55(84,6%)	0,35
Desnívelamento	7(7,6%)	85(92,4%)	11(16,9)	54(83,1%)	0,71
Calçada $\geq 1,50$ m	13(14,1%)	79(85,9%)	38(58,5%)	27(41,5%)	<0,0001
Sinalização de trânsito visível	1(1,1%)	91(98,9%)	16(24,6%)	49(75,4%)	<0,0001
Sinalização indica percurso	1(1,1%)	91(98,9%)	1(1,5%)	64(98,5%)	1,00
Semáforos com botoeiras	0 (0%)	92(100%)	0(0%)	65(100%)	-
Semáforos estratégicos	0(0%)	92(100%)	0(0%)	65(100%)	-

Tabela 2 - Acessibilidade para acesso aos prédios das unidades, segundo a zona de localização

Itens	Rural		Urbana		p
	Acessível	Inacessível	Acessível	Inacessível	
Rebaixamento de guias	1(1,1%)	91(98,9%)	5(7,7%)	60(92,3%)	0,88
Estacionamento com SIA*	0(0%)	92(100%)	0(0%)	65(100%)	-
Percurso	0(0%)	92(100%)	0(0%)	65(100%)	-
SIA no piso	1(1,1%)	91(98,9%)	1(1,5%)	64(98,5%)	1,00
SIA na vertical	0(0%)	92(100%)	0(0%)	65(100%)	-
SIA em placa suspensa	0(0%)	92(100%)	0(0%)	65(100%)	-

*SIA: Símbolo Internacional de Acesso.

Historicamente, os ambientes urbanos apresentam mais diversidade socioeconômica na comunidade e seus espaços, tornando-se mais aptos ao acesso a bens e serviços, enquanto que as áreas rurais carecem mais seriamente de investimentos em infraestrutura.⁹

As condições físicas das vias públicas na zona rural são preocupantes, tendo em vista que nesse ambiente a unidade de saúde por vezes encontra-se distante das residências dos idosos, que necessitam se deslocar até a instituição, expondo-se a riscos no percurso, como quedas e acidentes de trânsito. Ressalta-se que esses riscos estão relacionados também à limitação de mobilidade ocasionada pelas alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento.¹⁰ Condições como vias livres de buracos e desnivelamentos, sinalização de trânsito adequada, rebaixamento do meio-fio, calçadas livres para circulação com largura mínima de 1,5 m e com rebaixamento são essenciais para a mobilidade nos diversos espaços, a qual representa condição estratégica para a inclusão de pessoas com mobilidade reduzida.¹¹ Ademais, essas medidas implicam qualidade de vida da população, economia em deslocamentos, melhor utilização de espaços públicos e cuidados com a saúde.¹²

Ao chegarem à unidade de saúde, os idosos enfrentam mais barreiras arquitetônicas. Como observado no estudo, tanto na zona urbana como na rural, o acesso foi avaliado como totalmente inadequado, com problemas de acessibilidade nas condições da área externa à estrutura, no limite da instituição até a via pública, com rota inacessível.

Essa realidade limita e inviabiliza o acesso ao serviço de saúde, comprometendo a assistência. A acessibilidade aos serviços de saúde na atenção primária tem sido relatada como um dos principais problemas relacionados à assistência.¹³ O planejamento adequado dos serviços de saúde, considerando a estrutura física disponível, contribui para processo de trabalho mais eficiente, proporcionando mais qualidade e acessibilidade para os usuários que buscam atendimento nos estabelecimentos de saúde.¹⁴

No acesso à unidade de atenção primária, não houve diferença significativa entre as zonas, embora a urbana tenha apresentado elevados percentuais de acessibilidade. A acessibilidade urbana possibilita a conquista de espaços livres de barreiras físicas e implica alcance e utilização dos espaços de forma independente. No caso dos idosos, além da dificuldade no acesso aos diversos espaços inacessíveis, eles podem ter suas relações sociais limitadas e o espaço pessoal invadido pela necessidade de ajuda para garantir seu direito de ir e vir.¹⁵

Ainda acerca do acesso à unidade, é relevante ressaltar a importância dos aspectos avaliados neste estudo. O rebaixamento de guias na via possibilita aos idosos atravessarem as ruas em segurança, o que evita acidentes ocasionados se essa circulação for realizada em espaços com batentes. O estacionamento deve

estar próximo da unidade de saúde e proporcionar percurso da vaga até a entrada livre de obstáculos para circulação autônoma e segura, com demarcação do trajeto para orientação do usuário.

Por sua vez, a implantação do Símbolo Internacional de Acesso indica que o espaço está adequado para atender a todos satisfatoriamente, em especial os idosos e outros grupos mais vulneráveis, ou seja, indica acessibilidade aos serviços e identifica espaços e equipamentos utilizáveis e acessíveis. Assim, esse aviso deve estar exposto de forma que possibilite visualização dos indivíduos em diferentes condições, seja no piso, vertical ou suspenso, sendo ideal contemplar as três possibilidades durante o trajeto.

As estratégias de saúde devem visar melhoria da qualidade de vida com políticas públicas e ações em harmonia com meio ambiente, fomentando a participação comunitária e promoção social de saúde. O planejamento urbano e a remodelação do espaço físico são desafios para as ações intersetoriais que visam à construção de ambientes saudáveis, com redução de iniquidades para possibilitar acesso seguro.¹⁶

Os determinantes sociais diversos devem estar favoráveis às práticas saudáveis, inclusive o acesso aos serviços, para concretização da promoção da saúde. O acesso pode ser considerado o primeiro passo para atendimento às necessidades de saúde da população, de forma que deve proporcionar aos usuários condições de ir e vir, com independência, conforto e segurança.^{8,17}

Os enfermeiros podem contribuir para o envelhecimento com qualidade de vida por meio da compreensão e assistência às necessidades específicas desse período, assim como das responsabilidades do setor saúde em desenvolver ações de saúde que incluam e promovam a interação dos idosos.¹⁸ O entendimento sobre as condições de acessibilidade que viabilizam o acesso às unidades permite que atuem como disseminadores do conhecimento para os demais profissionais e gestores de saúde em busca de mudanças, demonstrando sensibilidade aos benefícios oriundos dessa estratégia de cuidado para favorecer a adesão dos idosos aos programas oferecidos e vínculo com o serviço.

Na prática, o acesso à atenção primária não é universal, sendo necessárias ações que favoreçam acessibilidade e equidade, pois quaisquer barreiras ou dificuldades no acesso interrompem a continuidade do cuidado.¹⁹ As adaptações físicas como complemento às estratégias atitudinais são medidas importantes para a estruturação da sociedade com inserção e participação de todos, além da conscientização inclusiva e sensibilidade para atender às necessidades específicas dos indivíduos.²⁰

Como limitações do estudo, os achados representam condições de uma região, o que pode comprometer a generalização para outros locais. Assim, sugerem-se a divulgação e a realização da avaliação de acessibilidade em novas pesquisas para comparação e ampliação de resultados, assim como a sensibilização dos gestores para essa necessidade em saúde.

CONCLUSÃO

A análise das condições de acessibilidade das unidades de atenção primária em zonas urbanas e rurais verificou condições insatisfatórias de acessibilidade nas vias públicas e nenhuma acessibilidade aos prédios. Pode-se destacar que na via pública apenas a zona urbana apresentou um item acessível (largura de calçadas), e no acesso aos prédios as duas zonas foram inacessíveis. Os resultados devem alertar e sensibilizar para a necessidade de políticas públicas direcionadas para a acessibilidade dos serviços, já que a população idosa constitui demanda considerável a ser atendida integralmente.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Demographic transition: the Brazilian experience. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012[citado em 2016 nov. 01];21(4):539-48. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742012000400003&lng=en.
2. Vicente FR, Santos SMA. Multidimensional evaluation of determinants of active aging in older adults in a municipality in Santa Catarina. *Texto Contexto Enferm*. 2013[citado em 2016 nov. 01];22(2):370-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01040702013000200013&lng=en.
3. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CC, Engstrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014[citado em 2015 maio 15];38(spe):52-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600052
4. Silva PFA, Baptista TWF. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2014[citado em 2016 dez. 18];24(2):441-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200441
5. Lima US, Duarte MCS, Albuquerque KF, Evangelista CB, Lopes MS, Costa ICC. Fragility and factors associated in elderly residents in an institution for long stay. *J Nurs UFPE On Line*. 2013[citado em 2016 nov. 01];7(6):4319-24. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4281>
6. Oliveira B, Concone MHVB, Lodovici FMM, Lopes RGC. Atenção à Saúde do Idoso: políticas públicas e "saber local". *Argumentum*. 2014[citado em 2016 maio 25];6(1):190-207. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/7493/5760>
7. Oliveira LPBA, Medeiros LMF, Meirelles BHS, Santos SMA. Satisfaction of the elderly population attended in the family health strategy in Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2014[citado em 2016 nov. 01];23(4):871-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0702014000400871
8. Silva DCN, Silva TM, Nogueira MS, Mendonça RMC, Valente PHF, Araújo RF, et al. Acessibilidade de portadores de deficiência física ou mobilidade reduzida na Unidade Básica de Saúde Jonas Manoel Dias em São Luís de Montes Belos-Go. *Rev Eletrônica Fac Montes Belos*. 2016[citado em 2016 jan. 15];8(3):36-60. Disponível em: <http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/download/189/178>
9. Silva VHF, Dimenstein M, Leite JF. The mental health care in rural areas. *Mental*. 2013[citado em 2016 maio 25];10(19):267-85. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272013000100008&lng=pt&nrm=iso.
10. Paula JM, Sawada NO, Nicolussi AC, Andrade CTA, Andrade V. Quality of life of elderly people with impaired physical mobility. *Rev Rene*. 2013[citado em 2016 maio 25];14(6):1224-31. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1273/pdf_1
11. Barbosa AS. Mobilidade urbana para pessoas com deficiência no Brasil: um estudo em blogs. *Rev Bras Gest Urb (URBE)*. 2016[citado em 2015 jun. 18];8(1):142-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/urbe/v8n1/2175-3369-urbe-2175-3369008001AO03.pdf>
12. Fiorelli MN, Rocha LS, Alencar JLS, Simoni JH, Neto GDA, De Angelis BLD. Avaliação de acessibilidade para pedestres na Avenida Brasil quanto a percepção do usuário-Maringá/PR. *Rev Eletrônica Gest Educ Tecnol Ambiental*. 2015[citado em 2016 fev. 21];19(3):563-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2236117018334>
13. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJL. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate*. 2014[citado em 2017 jan. 16];38(spe):182-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600182&lng=en.
14. Ribeiro JP, Mamed SM, Souza MR, Rosso CFW. Accessibility to primary health care services in the state of Goiás. *Rev Eletrônica Enferm*. 2015[citado em 2016 maio 25];17(3):1-10. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a04-en.pdf>
15. Lima SSC, Freitas MNC, Santos LMM. Repercussões psicossociais da acessibilidade urbana para as pessoas com deficiência física. *Psico*. 2013[citado em 2016 jan. 25];44(3):362-71. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/15823/10411>
16. Marin MJS, Moravcick MYAD, Marchioli M. Access to health services: comparing the perspectives of professionals and users on primary care. *Rev Enferm UERJ*. 2014[citado em 2016 maio 25];22(5):629-36. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4238/12287>
17. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014[citado em 2016 jul. 08];19(11):4301-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104301
18. Cunha JXP, Oliveira JB, Nery VAS, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid SD. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde Debate*. 2012[citado em 2016 out. 24];36(95):657-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400018
19. Oliveira JM, Ferreira CP, Lúcio IM, Rozendo CA, Vasconcelos EL, Brandão GC. Nursing care to the elderly in the family health strategy: integrative review. *J Nurs UFPE on line*. 2013[citado em 2016 maio 25];7(esp):7165-74. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4083>
20. Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Primary healthcare geared to the needs of the elderly: from theory to practice. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014[citado em 2016 maio 25];19(8):3403-16. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803403
21. Pessoa AT, Lima BS, Pagliuca LM, Oliveira PM, Sousa LB, Almeida PC, et al. Structural accessibility of gynecological nursing clinics for users with motor disabilities in basic health units. *Open J Nurs*. 2015[citado em 2016 maio 25];5(10):900-8. Disponível em: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=60698>

