

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

**USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
MÉDICA RECEBIDA ENTRE IDOSOS BRASILEIROS COM E SEM LIMITAÇÃO
FUNCIONAL: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013**

por

Alexandre Moreira de Melo Silva

Belo Horizonte

2016

DISSERTAÇÃO MSC-CPqRR A.M.M.SILVA 2016

ALEXANDRE MOREIRA DE MELO SILVA

**USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
MÉDICA RECEBIDA ENTRE IDOSOS BRASILEIROS COM E SEM LIMITAÇÃO
FUNCIONAL: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração Epidemiologia

Orientação: Prof^a. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Coorientação: Prof^a. Juliana Vaz de Melo Mambrini

Belo Horizonte

2016

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

S586u Silva, Alexandre Moreira de Melo.
2016

Uso de serviços de saúde e percepção da qualidade da atenção médica recebida entre idosos brasileiros com e sem limitação funcional: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 / Alexandre Moreira de Melo Silva. – Belo Horizonte, 2016.

xii, 57 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 62 - 68

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Epidemiologia

1. Idoso/estatística & dados numéricos 2. Idoso Fragilizado 3. Pessoas com Deficiência/reabilitação 4. Serviços de Saúde para Idosos/utilização 5. Qualidade da Assistência à Saúde/utilização I. Título. II. Costa, Maria Fernanda Furtado Lima e (Orientação). III. Mambrini, Juliana Vaz de Melo (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 305.26

ALEXANDRE MOREIRA DE MELO SILVA

**USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
MÉDICA RECEBIDA ENTRE IDOSOS BRASILEIROS COM E SEM LIMITAÇÃO
FUNCIONAL: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração Epidemiologia

Banca Examinadora:

Prof. Dr^a. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa (CPqRR/FIOCRUZ) Presidente

Prof. Dr. Fernando Augusto Proietti (CPqRR/FIOCRUZ) Titular

Prof. Dr^a. Mariângela Leal Cherchiglia (UFMG) Titular

Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho (CPqRR/FIOCRUZ) Suplente

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 13/12/2016

Para as minhas avós Maria Aparecida e Margarida Amélia (*in memoriam*),

Para o meu avô Luis Moreira (*in memoriam*),

Para minha tia Rita Borges (*in memoriam*),

Para meus pais, Nelson e Maria José

Para minha companheira Flávia e meu filho Francisco

AGRADECIMENTOS

A todos os encontros e desencontros que moldam minha personalidade, meus pensamentos e atitudes, por serem sempre importantes, agradáveis ou dolorosos, mas sempre construtivos.

À minha orientadora, Professora Maria Fernanda, e à minha co-orientadora, Professora Juliana Mambrini, pelos ensinamentos, disponibilidade, confiança e compreensão. Por me possibilitarem um grande aprendizado a cada encontro e em cada comentário e por descortinarem um mundo para mim.

À Professora Mariângela Cherchiglia, pelas fundamentais contribuições na banca de qualificação.

À todos os funcionários e professores do Centro de Pesquisas René Rachou por cumprirem tão bem a missão educacional, formadora e libertadora.

À todos os profissionais envolvidos na concepção, planejamento, execução e disponibilização dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Projeto de grande magnitude e complexidade e de muita importância para a fundamentação científica de práticas e políticas de saúde.

Aos meus pais e irmãos, à Flávia e ao Francisco, e aos demais membros de minha família pelas considerações, compreensões, torcida, amizade, respeito, zelo.

RESUMO

O envelhecimento populacional é particularmente acelerado no Brasil e apresenta crescente impacto para os serviços de saúde. O objetivo desse estudo é comparar indicadores de uso de serviços de saúde, assim como a percepção da qualidade da atenção médica recebida, entre idosos brasileiros, com e sem limitação funcional e examinar, separadamente, essas associações entre usuários dos sistemas público e privado de saúde. Trata-se de um estudo transversal baseado em dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e com amostra representativa nacional. Foram considerados cinco indicadores de uso de serviços de saúde e sete indicadores da qualidade da última consulta médica realizada. A limitação funcional foi definida pela dificuldade para realizar pelo menos uma atividade básica e/ou instrumental da vida diária. Potenciais variáveis de confusão incluíram fatores predisponentes e facilitadores do uso de serviços de saúde. As análises foram baseadas nas regressões logísticas binária e multinomial e estratificadas pelo uso do sistema público e privado de saúde. Os resultados evidenciaram uma prevalência da limitação funcional de 30,1% (IC 95% 29,2-31,4). O número de consultas médicas e a ocorrência de hospitalizações nos últimos 12 meses apresentaram associações estatisticamente significantes com a limitação funcional, tanto entre usuários do sistema público (OR = 2,48 [IC95% 2,13-2,88] para 3 consultas ou mais e OR = 2,58 [IC95% 2,15-3,09] para uma ou mais hospitalizações), quanto do sistema privado (OR = 2,56 [IC95% 1,50-4,36] e OR = 2,22 [IC95% 1,64-3,00], respectivamente). A propensão ao uso da unidade básica de saúde foi maior entre usuários do sistema privado com limitação funcional (OR = 2,01 [IC95% 1,12-3,59]). Os usuários do sistema público com limitações funcionais fizeram pior avaliação da liberdade para escolha do médico e do tempo de espera para a consulta, em comparação aos usuários do mesmo sistema sem limitações (OR = 0,81 [IC95% 0,67-0,99] e OR = 0,76 [IC95% 0,62-0,93], respectivamente). Caso não sejam ampliadas medidas efetivas para promoção da saúde e prevenção nos seus vários níveis, o aumento da demanda de idosos com limitação funcional por atenção em saúde será inevitável, tanto para o sistema público quanto para o sistema privado de saúde.

Palavras chave: Idoso. Idoso Fragilizado. Pessoas com Deficiência. Atividades de Vida Diária. Serviços de Saúde para Idosos. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The population aging is particularly accelerated in Brazil and has increasing impact on health services. The objective of this study is to compare indicators of the health services use, as well as the perception of the medical care quality received among Brazilian older adults with and without disability and examine separately these associations between users of public and private health systems. This is a cross-sectional study based on data from the National Health Survey in 2013 and with national representative sample. They considered five indicators of health services use and seven indicators of the quality of last fulfilled medical consultation. Disability was defined as difficulty in performing at least one of ten basic or instrumental activities of daily living (ADL). Potential confounders included predisposing and enabling factors for health services use. The analyzes were based on binary and multinomial logistic regression and stratified by use of public and private health system. The results showed that prevalence of ADL limitation was 30.1% (95%CI 29.2 to 31.4) and showed statistically significant associations with the number of doctor visits and hospitalizations in previous 12 months among users of the public (OR = 2.48 [95% CI 2.13 to 2.88] for 3 or more doctor visits and OR = 2.58 [95%CI 2.15 to 3.09] for one or more hospitalizations) and the private systems (OR = 2.56 [95%CI 1.50 to 4.36] and OR = 2.22 [95%CI 1.64 to 3.00], respectively). ADL limitation was associated with search for care on basic health units (OR = 2.01 [95% CI 1.12 to 3.59]) among those covered by the private health system. The users of the public system with ADL limitation assessed worse their ability to choose a doctor and the waiting time for consultation compared with those without limitations (OR = 0.81 [95%CI 0.67-0.99] and OR = 0.76 [95%CI 0.61 to 0.93], respectively). If effective measures to health promotion and prevention at its various levels were not expanded, the increased demand for health care will be inevitable for the public and private health systems.

Key words: Aged. Frail Elderly. Disabled Persons. Activities of Daily Living. Health Services for the Aged. Quality of Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Probabilidade predita da ocorrência de três ou mais consultas médicas e de uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses nas diferentes idades, segundo a limitação funcional e a fonte da atenção em saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013	56
---	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes da amostra com 60 anos ou mais de idade, segundo a fonte da atenção em saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. (n=23.815).53
- Tabela 2 – Análise bivariada da associação entre limitação funcional, indicadores de uso de serviços de saúde e indicadores de qualidade da assistência médica na última consulta realizada entre participantes da amostra com 60 anos ou mais, segundo a fonte da atenção em saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.54
- Tabela 3 – Associação entre limitação funcional e indicadores de uso de serviços de saúde e indicadores de qualidade da assistência médica na última consulta realizada entre participantes da amostra com 60 anos ou mais, segundo a fonte da atenção em saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVDs: Atividades Básicas de Vida Diária

AIVDs: Atividades Instrumentais de Vida Diária

APS: Atenção Primária à Saúde

AVDs: Atividades de Vida Diária

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade

CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

ESF: Estratégia Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde

PNSPI: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Contextualização	17
3.2 Uso de serviços de saúde por idosos	18
3.3 Funcionalidade como indicador de saúde do idoso	25
3.4 Qualidade da atenção médica	29
3.5 Fontes de atenção à saúde no Brasil	32
4 METODOLOGIA	36
4.1 Fonte de dados	36
4.2 Variáveis do estudo	36
4.2.1 Limitação funcional	36
4.2.2 Fonte da atenção	37
4.2.3 Indicadores de uso de serviços de saúde	37
4.2.4 Qualidade da atenção médica recebida	37
4.2.5 Potenciais variáveis de confusão	38
4.3 Análise Estatística	38
4.4 Aspectos Éticos	39
5 ARTIGO	40
6 CONCLUSÃO	59
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE	69

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, mas o Brasil – a 5ª maior população do mundo – é um dos países onde essa transição demográfica ocorre de forma mais acelerada (UNITED NATIONS, 2015). Em cerca de 21 anos a proporção da população com 60 anos ou mais, no Brasil, dobrou, passando de 7% para 14%. Tal transição aconteceu em cerca de 115 anos na França, 85 anos na Suécia e 69 anos nos Estados Unidos (UNITED NATIONS, 2013). Esse processo resulta da diminuição das taxas de mortalidade e de fecundidade.

Populações mais envelhecidas apresentam maior carga de doenças crônicas e de incapacidades, o que, por sua vez, repercute fortemente no aumento da demanda por atenção à saúde. Compreender os fatores que influenciam o uso dos serviços de saúde pode ajudar a planejá-los frente a tal aumento (GONG et al, 2016). Os serviços de saúde, entretanto, não são, isoladamente, suficientes para garantir a saúde, mas desempenham papel essencial na prevenção da limitação funcional, no impacto dessa para o indivíduo e para a sociedade e na reabilitação (JEON et al, 2015; HAVERCAMP & SCOTT, 2015; CHEN et al, 2014).

Existe, portanto, um crescente interesse em se examinar o perfil e as desigualdades associadas à utilização de serviços de saúde por idosos com limitações funcionais, tanto em países com populações mais envelhecidas, quanto naqueles em rápido processo de envelhecimento. Nos Estados Unidos e na China, estudos conduzidos em amostras nacionais mostraram que pessoas com limitações para realizar atividades básicas da vida diária (ABVDs) e/ou atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) realizaram mais consultas médicas (BOWEN & GONZÁLEZ, 2008; GONG et al, 2016) e, nos Estados Unidos, foram, também, mais propensas a hospitalizações (BOWEN & GONZÁLEZ, 2008). Neste último, a contribuição relativa da limitação funcional para a realização de consultas médicas e de hospitalizações foi maior entre negros e latinos do que entre os brancos (BOWEN & GONZÁLEZ, 2008).

Os determinantes da utilização de serviços de saúde estão relacionados a fatores contextuais (tipos de sistemas de saúde e sua organização, por exemplo) (TRAVASSOS & MARTINS, 2004) e a fatores individuais. Segundo o

modelo clássico de Andersen & Newman (1973), os fatores individuais compreendem as características predisponentes (como a idade e o sexo), as características facilitadoras (como a escolaridade e a renda) e as necessidades de saúde.

No Brasil, a organização da atenção à saúde é baseada no Sistema Único de Saúde (SUS), que é responsável pela provisão universal e gratuita dos serviços e programas de saúde (PAIM et al, 2011). O sistema público convive com o sistema privado, cujo acesso depende da capacidade de pagamento (PAIM et al, 2011). Adultos cobertos por planos privados realizam mais consultas médicas e odontológicas em comparação ao restante da população (MACINKO & LIMA-COSTA, 2012). Na percepção da população adulta, as principais diferenças entre a atenção recebida na rede pública e privada são a forma de agendar a consulta (com predominância do pré-agendamento na última), o tempo de espera para conseguir a consulta (maior na primeira), o tipo de médico atendente (predominância de médico generalista na primeira) e o motivo da consulta (predomínio de exame periódico de saúde na última) (SZWARCOWALD et al, 2016). Existem também evidências de que adultos não cobertos por plano privado de saúde são mais propensos a sentirem-se discriminados por médicos ou outros profissionais de saúde, em função da renda e da classe social (BOCCOLINI et al, 2016).

A prevalência da limitação funcional varia entre países e em função do critério adotado para a sua definição (OMS, 2002; ALVES et al, 2008). Uma definição amplamente utilizada é o relato de dificuldades para realizar uma ou mais ABVDs e/ou AIVDs. Com base nessa definição, a prevalência da limitação funcional na população com 50 anos ou mais é maior no sexo feminino e varia entre cerca 25% na Espanha e na Inglaterra e 40% nos Estados Unidos (SOLÉ-AURÓ & CRIMMINS, 2014). Na região metropolitana de Belo Horizonte verificou-se uma prevalência de cerca de 36% em pessoas com 60 anos ou mais (FIALHO et al, 2014). Pesquisas anteriores, baseadas na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD), revelaram importantes disparidades por renda e escolaridade na capacidade funcional dos idosos. Entre os 20% mais pobres, a prevalência de incapacidade para realizar ABVDs é quase o dobro da observada entre os 20% mais ricos (LIMA-COSTA et al, 2012).

No Brasil, existem poucos estudos de base populacional examinando a associação entre a limitação funcional e o uso de serviços de saúde. Um estudo conduzido em municípios das regiões Sul e Nordeste mostrou que, entre idosos portadores de doenças crônicas, a prevalência de consultas médicas foi 30% mais alta entre aqueles com algum nível de incapacidade, em comparação aos seus pares sem limitações funcionais (RODRIGUES et al, 2009). Na região metropolitana de Belo Horizonte, foi observada associação positiva e independente entre a dificuldade para realizar ABVDs e a ocorrência de hospitalizações e de consultas médicas domiciliares (FIALHO et al, 2014).

O aumento das prevalências de doenças crônicas e limitações funcionais advindas com o envelhecimento é um desafio para a organização e gestão dos sistemas de saúde. O presente estudo utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 com o objetivo de comparar indicadores de uso e de qualidade da atenção à saúde recebida por idosos com e sem limitação funcional, segundo a fonte de atenção (setor público ou privado). Avaliar desigualdades no uso de serviços de saúde e na qualidade da atenção recebida é fundamental para o planejamento de políticas equitativas estruturantes dos serviços e faz parte do desafio da construção do cuidado centrado nas pessoas e suas necessidades.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Comparar indicadores de uso de serviços de saúde, assim como a percepção da qualidade da atenção médica recebida, entre idosos com e sem limitação funcional e examinar, separadamente, essas associações entre usuários dos sistemas público e privado de saúde.

2.3 Objetivos Específicos

- Determinar a prevalência de idosos brasileiros com pelo menos uma dificuldade em quaisquer atividades de vida diária (AIVD e/ou ABVD);
- Comparar características sócio-demográficas dos idosos brasileiros usuários do setor público e do setor privado;
- Avaliar desigualdades no uso de serviços de saúde entre idosos com e sem limitação funcional em relação à fonte de atenção à saúde;
- Avaliar a percepção da qualidade da consulta médica entre idosos com e sem limitação funcional por meio da satisfação com alguns atributos profissionais em relação à fonte de atenção em saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contextualização

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. De uma forma geral, a transição demográfica que os países desenvolvidos apresentaram, de forma progressiva ao longo de várias décadas, os países em desenvolvimento vem realizando de forma muito mais acelerada. O aumento percentual da população com 60 anos ou mais, de 7% para 14%, foi atingido em cerca de 20, 21 e 26 anos, por Colômbia, Brasil e China, respectivamente. Tal mudança precisou de cerca de 115 anos na França, 85 anos na Suécia e 69 anos nos Estados Unidos. Esse processo é resultado da diminuição das taxas de mortalidade e de fecundidade e tem profundas repercussões socioeconômicas (UNITED NATIONS, 2013).

No Brasil, o segmento idoso é o que mais cresce. Em 2030, cerca de 18,8% da população brasileira terá mais de 60 anos e, em 2050, a projeção é de 29,3% da população (GLOBAL AGEWATCH INDEX, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) trabalha com a definição de idoso baseado em critério etário: pessoas com 65 anos ou mais, e a partir de 60 anos, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, respectivamente. Para países africanos, como a expectativa de vida é menor, é idoso o indivíduo após os 50 anos. Todavia, reconhece que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças relacionadas ao envelhecimento (WHO, 2002; WANDERA et al, 2015).

Uma importante consequência do aumento do número de idosos na população é a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e a maior probabilidade que esses indivíduos terão de apresentar maior número de comorbidades e consequente declínio funcional, o que impacta, diretamente, o setor saúde (UNITED NATIONS, 2013; BRASIL, 2006; FIRMO et al, 2003). Quanto maior a gravidade das doenças e incapacidades, maior esse impacto (JEON et al, 2015).

Pessoas portadoras de incapacidades têm, por sua vez, maior prevalência de doenças crônicas, pior auto-avaliação de saúde e nível socioeconômico mais baixo comparado às pessoas sem incapacidades (WANG

et al, 2016; JEON et al, 2015), entretanto, têm o direito de usufruir dos melhores serviços de saúde sem discriminações (UNITED NATIONS, 2006).

Dessa forma, pensar o diagnóstico do declínio funcional, suas relações causais e o impacto do mesmo nos serviços de saúde e na qualidade de vida das pessoas é fundamental para o planejamento de ações equitativas mais específicas. Muitos estudos, em diferentes países, tem tentado contribuir para aprofundar conhecimentos acerca de padrões de uso e desigualdades associadas à utilização de serviços de saúde por idosos com limitações funcionais (BOWEN & GONZÁLEZ, 2008; GONG et al, 2016; WANG et al, 2016). Os avanços da ciência médica aumentaram muito a possibilidade de tratamento de doenças crônicas e reabilitação funcional, todavia segue como grande desafio para os sistemas nacionais de saúde a disponibilização dos mesmos para a maioria da população (KALACHE, 2008). Evidencia-se, por conseguinte, um dos grandes impasses para a saúde pública de todos os países que passam por essa transição demográfica e epidemiológica: como lidar com recursos limitados para uma demanda crescente (LIMA-COSTA & VERAS, 2003).

3.2 Uso de serviços de saúde por idosos

O conceito de uso de serviços de saúde compreende todo contato direto (consultas médicas e hospitalizações) e indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) com os mesmos (TRAVASSOS & MARTINS, 2004). O comportamento do indivíduo, geralmente, é responsável pelo primeiro contato e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes. Os determinantes da utilização dos serviços de saúde estão relacionados às necessidades de saúde, às características dos usuários, às características dos prestadores de serviços, à organização dos serviços e às políticas do sistema (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Modelos teóricos explicativos do uso de serviços de saúde são instrumentos valiosos para a compreensão desse construto. Dentre os modelos de explicação da utilização de serviços de saúde destacam-se os modelos de crenças em saúde, de Dutton, de Evans & Stoddart e o modelo de Andersen &

Newman, esse último, o mais aplicado (TRAVASSOS & MARTINS, 2004; PAVÃO & COELI, 2008).

O objetivo inicial do modelo de Andersen & Newman era compreender porque os indivíduos e famílias usam os serviços de saúde, evidenciar condições que facilitam ou impedem esse uso, mensurar a equidade no acesso e auxiliar o desenvolvimento de políticas que promovam acesso equitativo (ANDERSEN, 1995). O modelo teórico de Andersen & Newman (1973) discute o uso de serviços de saúde nos Estados Unidos a partir de determinantes sociais e individuais, sendo os últimos subdivididos em fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde. Os fatores predisponentes existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde. São subdivididos em fatores demográficos, tais como sexo e idade; fatores da estrutura social, tais como ocupação e raça; e as crenças em saúde, que correspondem a atitudes, valores e conhecimentos que os indivíduos têm em relação à sua saúde e sobre os serviços de saúde e que modulam a percepção da necessidade e do uso. Os fatores capacitantes ou características facilitadoras correspondem aos meios disponíveis às pessoas para obterem os cuidados à saúde, tais como escolaridade, renda, transporte, cobertura por plano de saúde, tempo de espera pelo serviço, características da estrutura física dos serviços de saúde e de seus profissionais. As necessidades de saúde são as condições de saúde percebidas ou diagnosticadas e representam o determinante mais proximal da utilização dos serviços de saúde (ANDERSEN & NEWMAN, 1973).

O desfecho inicial do modelo era o uso de serviços de saúde mensurado, por exemplo, por meio de número de consultas e hospitalizações. Subsequentes atualizações levaram o mesmo a ter a auto-percepção de saúde, o diagnóstico de saúde e a satisfação dos usuários como desfechos (ANDERSEN, 1995).

Estudo coreano evidenciou que fatores predisponentes e as necessidades explicam mais o uso de serviços de saúde do que os fatores capacitantes (KIM & LEE, 2016). Andersen & Newman (1973) evidenciaram a importância da renda e da etnia como determinantes do uso de serviços de saúde nos Estados Unidos. Observaram que pessoas de maior renda internavam e consultavam-se mais em relação àqueles de menor renda. Após

a década de 1950, associada à redução do pagamento por desembolso direto, observou-se um aumento do número de consultas médicas entre grupos mais pobres, em média, em relação a outros grupos de renda. Os mesmos autores observaram, nessa mesma época, maiores taxas de utilização de hospitalizações e consultas médicas por pessoas brancas. Bowen & González (2008) evidenciaram que, entre adultos com mais de 50 anos, com limitações funcionais, negros e latinos utilizaram mais os serviços de saúde em relação aos brancos. No Brasil, Lima-Costa et al (2012) não observaram associação entre a ocorrência de hospitalizações e os extremos de renda domiciliar.

Além dos fatores individuais, o uso efetivo e eficiente dos serviços de saúde depende, também, de fatores internos aos mesmos, que interferem na qualidade dos cuidados prestados (TRAVASSOS & MARTINS, 2004). Donabedian (1968) refere que o objetivo fundamental dos programas de cuidados de saúde deve ser prestar serviços apropriados de acordo com a necessidade, com máxima eficiência e mínimo impacto nos valores sociais, políticos e éticos básicos.

O conceito de uso de serviços de saúde difere dos conceitos de acesso e acessibilidade, os quais são complexos e variáveis entre autores. De uma forma geral, acessibilidade pode ser entendida como uma característica da oferta de serviços de saúde e acesso seria uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (TRAVASSOS & MARTINS, 2004). Pode ser definido como a capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo (VIACAVA, et al, 2004), numa relação direta com a equidade. Já o uso de serviços de saúde resulta de uma complexidade de fatores, sistematizados pelo modelo de Andersen & Newman (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

A população idosa é a que mais cresce no mundo, a que apresenta maior carga de doenças e de incapacidades e a que mais usa serviços de saúde (UNITED NATIONS, 2013; MALTA et al, 2008). O uso de serviços de saúde pode impactar positivamente a saúde das populações, prevenindo doenças ou as erradicando, reduzindo morbidade e mortalidade, diminuindo dor e sofrimento. Por outro lado pode causar danos por meio da baixa qualidade dos serviços prestados, oferta de serviços inadequados ou desnecessários (TRAVASSOS, 1997) e outras iatrogenias. Um olhar

diferenciado para avaliar tais serviços é fundamental para a qualificação da assistência e responsabilização pela produção de serviços de saúde que contribuam para melhorias nas condições de saúde das pessoas.

A constituição brasileira de 1988 legitimou a saúde como direito social. O SUS vem sendo construído a partir desse marco e tem nos princípios da universalidade do acesso, equidade e integralidade sua base doutrinária (BRASIL, 1988). A sua implantação melhorou consideravelmente o acesso aos serviços de saúde no Brasil (PAIM et al, 2011).

No que tange às políticas de saúde para a população idosa, a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) determinou a necessidade de achar respostas e ter ações específicas para uma população idosa que envelheceu com limitações sociais e incapacidades (BRASIL, 2006).

De acordo com a PNSPI:

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica (BRASIL, 2006).

A atenção à saúde do idoso funda-se na perspectiva do cuidado em saúde. As práticas devem promover a melhoria da qualidade e o aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, sempre que possível com um olhar multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2006). Apesar das políticas de saúde sinalizarem nessa direção e, apesar dos esforços da sociedade civil organizada e avanços da legislação nacional, o cuidado ofertado à população idosa ainda é bastante insatisfatório (BRASIL, 2006). Problematiza-se, por conseguinte, o modelo de atenção à saúde hegemônico, centrado no cuidado agudo e não na prevenção e no cuidado crônico (KALACHE, 2008).

A PNSPI define:

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (BRASIL, 2006).

Freedman et al (2016), sugerem maior foco na qualidade ao invés da “quantidade” de vida, maior ênfase na abordagem de fatores de risco, controle

de doenças crônicas e de outras causas evitáveis de limitação funcional, principalmente para as mulheres, como forma de prolongar a vida ativa. O objetivo, segundo Kalache (1987), deve ser, sempre, a manutenção, na comunidade, do maior número de idosos, contribuindo ativamente com a mesma e mantendo os maiores níveis de autonomia e independência pelo maior tempo possível. Envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia é, reconhecidamente, a meta de toda ação de saúde (BRASIL, 2006).

Todavia, a heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem implicações na formulação de políticas públicas para o segmento (CAMARANO et al, 2004).

Idosos que vivem em regiões rurais enfrentam mais problemas de acesso aos serviços de saúde de qualidade. A combinação de dificuldade de acesso e baixo status socioeconômico contribui para aumentar as disparidades do sistema de saúde para esses idosos (KALACHE, 2008).

As questões de gênero também precisam ser levadas em consideração na construção das políticas públicas. Estudo chinês observou menores taxas de hospitalização entre mulheres em relação aos homens (GONG et al, 2016), o que pode ser diferente em outros países. De uma forma geral, mulheres apresentam maior expectativa de vida em relação aos homens, mas passam uma maior proporção de anos com incapacidade funcional (WHO, 2002; CAMARGOS et al, 2005). Disparidades no uso de serviços de saúde podem acontecer e devem ser investigadas.

Há que se considerar, também, que, frequentemente, problemas exteriores ao sistema de saúde se traduzem em demanda de serviços de saúde por falta de outras alternativas (AGUILAR-PALACIO, 2015). Por outro lado, experiências negativas com o sistema de saúde, tais como desrespeito e insensibilidade, podem levar pessoas com incapacidades a evitar procurá-lo (HAVERCAMP & SCOTT, 2015).

Consultas médicas e hospitalizações são importantes indicadores de uso de serviços de saúde. Hospitalizações geralmente indicam uma necessidade grave e urgente de cuidados médicos e de tecnologias especializadas, ao passo que as consultas médicas refletem não apenas

necessidades mas também outros aspectos da demanda individual (LIMA-COSTA et al, 2013). Estudos já evidenciaram o aumento progressivo das hospitalizações com o aumento da idade (LIMA-COSTA et al, 2011; GONG et al, 2016). Também já é conhecida a associação com a limitação funcional (FIALHO et al, 2014; GONG et al, 2016; JEON et al, 2015). Essa última tanto é fator predisponente para o maior uso de serviços de saúde (KIM & LEE, 2016; BOWEN & GONZÁLEZ, 2008), quanto pode ser consequência de hospitalizações (BOYD et al, 2005).

Hospitalizações por condições sensíveis são mais comuns em populações com maior risco socioeconômico, idade avançada, mulheres, minorias étnicas e indivíduos em áreas com poucos médicos de Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDONÇA et al, 2011). A longitudinalidade do cuidado foi associada com redução de hospitalizações evitáveis entre idosos americanos beneficiários do Medicare (NYWEIDE et al, 2014). Esforços que incentivem médicos a proverem APS de alta qualidade podem ajudar os idosos a cultivar uma relação de confiança com os mesmos, melhorando a longitudinalidade e possivelmente contribuindo para evitar a ocorrência de algumas hospitalizações (NYWEIDE et al, 2014).

O aumento progressivo do número de consultas médicas com o aumento da idade já foi evidenciado (GONG et al, 2016; LIMA-COSTA et al, 2011; VERAS & PARAHYBA, 2007). A associação da limitação funcional com maior número de consultas médicas também (GONG et al, 2016). A principal explicação para o maior uso de serviços de saúde por idosos com limitações funcionais reside na maior prevalência de doenças crônicas e de comorbidades (e ao risco de complicações a elas relacionadas), que por sua vez levam ao maior uso de medicamentos (BOWEN & GONZÁLEZ, 2008; GONG et al, 2016; LOYOLA-FILHO et al, 2006).

No Brasil, o número de consultas médicas entre idosos teve aumento progressivo evidenciado pelo estudo de tendências de dez anos da PNAD (1998, 2003, 2008), refletindo expansão e melhorias do acesso aos serviços de saúde (LIMA-COSTA et al, 2011). Por outro lado, Rodrigues et al (2009) avaliando idosos portadores de doenças crônicas de vários municípios das regiões Sul e Nordeste, evidenciou redução do uso de consultas médicas após os 80 anos, o que pode sugerir problemas de acesso, e com o aumento da

escolaridade. Na região Sul, mas não na Nordeste, idosos com limitações funcionais consultaram 30% a mais que aqueles sem limitações, o que também pode significar problemas de acesso nos municípios da última. Fialho et al (2014) em estudo de base populacional na região metropolitana de Belo Horizonte evidenciou associação entre dificuldade para realizar AIVDs e ABVDs com maior prevalência de hospitalizações, sendo a última, também, associada com maiores percentuais de consulta domiciliar.

Estudando o uso de serviços de saúde por população adulta com incapacidades, Jeon et al (2015) observaram que a média anual de consultas médicas foi maior no grupo de pessoas com incapacidades em relação ao grupo sem incapacidades, embora quando controlado para características individuais essa observação tornou-se não significativa. Ainda em relação a esse estudo, pessoas com incapacidades internaram mais e ficaram hospitalizadas por mais dias. Além disso, pessoas com incapacidade mais grave tiveram tempo de internação maior que pessoas com incapacidades leves (JEON et al, 2015).

Estudando amostra nacional representativa de Taiwan, Wang et al (2016) observaram que idosos com incapacidades têm, significativamente, maiores taxas de hospitalização e consultas em serviços de urgência e emergência em relação àqueles sem incapacidade. A carga para esses serviços é ainda maior quando os idosos com dependência para atividades de vida diária (AVDs) não recebem ajuda de terceiros em suas necessidades (WANG et al, 2016), e, talvez por isso, apresentem mais condições agudas.

Na população chinesa o aumento da idade foi associado com o maior uso de serviços de saúde preventivos e hospitalizações. Idosos com maior escolaridade fazem mais exames preventivos e internam menos. Poder aquisitivo, perda do cônjuge ou companheiro, ter múltiplas doenças crônicas ou pior auto-avaliação da saúde foram fatores associados com maior uso de serviços preventivos de saúde, consultas médicas e hospitalizações. Limitação ou declínio funcional foram associados com as duas primeiras modalidades de uso de serviços de saúde citadas (GONG et al, 2016).

As desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais. Paim et al (2011) reconhecem que as populações rica e pobre recebem diferentes padrões de cuidado no sistema de saúde brasileiro. A igualdade no uso de

serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuição das desigualdades entre os grupos sociais (TRAVASSOS, 1997). Piores condições sociais favorecem o adoecimento precoce, maior morbidade e mortalidade, independente do país ou do sistema de saúde (TRAVASSOS, 1997).

Situações mais igualitárias requerem maior intervenção nos determinantes sociais da saúde, maior disponibilidade de recursos financeiros para o setor saúde e melhor uso dos já existentes, organização da rede local, melhor distribuição espacial dos serviços de saúde e adequação da oferta às necessidades dos diferentes grupos populacionais (TRAVASSOS, 1997).

A população idosa é muito heterogênea e, por conseguinte, requer políticas públicas diferenciadas. Mensurar e compreender indicadores de uso de serviços de saúde por idosos com diferentes níveis de funcionalidade é fundamental para avançar no cuidado à saúde, em equidade no acesso e no planejamento da oferta de serviços. Pode contribuir para a reorganização das redes de atenção (MENDES, 2011), maior resolutividade, satisfação e custo-efetividade para o sistema. O desenho do modelo assistencial local é fundamental para a redução das desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde (TRAVASSOS, 1997).

3.3 Funcionalidade como indicador de saúde do idoso

O conceito de saúde para o indivíduo idoso atribui maior peso à autonomia e independência ao invés de considerar apenas as comorbidades (BRASIL, 2006). O estado cognitivo e funcional são, para a população idosa, frequentemente, preditores mais acurados de saúde, morbidade, mortalidade e de utilização de serviços de saúde do que doenças específicas (CHANG & WILLIAMS, 2014). A presença de limitação funcional é associada a piores desfechos de saúde (WANDERA et al, 2015), é forte preditor de mortalidade, hospitalização e institucionalização (GAUGLER et al, 2007) em idosos. Nessa população, a incapacidade serve como indicador de saúde e balizador de ações e políticas (GIACOMIN & FIRMO, 2015; WHO, 2002). O longo tempo de evolução para as incapacidades pode, todavia, dificultar a avaliação da atual

qualidade do sistema de saúde por meio desse indicador (DONABEDIAN, 1968).

A OMS compreende que o diagnóstico isoladamente não prediz a necessidade de serviços, tempo de hospitalização, nível de cuidados ou resultados funcionais. Por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) essa entidade amplia o olhar para além da etiologia, atribuindo grande importância ao impacto causado pelas condições de saúde (OMS, 2002).

Incapacidade e saúde não são termos excludentes, incapacidade não significa, necessariamente, saúde ruim (LOLLAR & CREWS, 2003). Segundo o modelo da CIF (OMS, 2002), incapacidade e funcionalidade resultam de complexas interações entre o estado de saúde (doença) da pessoa e fatores contextuais (fatores ambientais e fatores pessoais). Compreende-se funcionalidade em três níveis: a funcionalidade no nível do corpo ou parte do corpo (funções fisiológicas e anatômicas); a pessoa como um todo, e a pessoa como um todo em um contexto social. A incapacidade resulta, portanto, da disfuncionalidade em um ou mais desses níveis: deficiência, limitações em atividades (tarefas individuais) e restrições a participação (OMS, 2002).

A CIF qualifica o desempenho que o indivíduo tem em seu contexto real e a habilidade ou condição do indivíduo realizar uma tarefa ou ação (OMS, 2002). A caracterização do estado funcional baseia-se no real desempenho, considerando o contexto e não somente a habilidade (OMS, 2002; LINO et al, 2008). Ser independente significa desempenhar funções sem necessidade de ajuda ou supervisão (LINO et al, 2008) e resulta de uma complexa integração de capacidades físicas, cognitivas e emocionais (ALVES et al, 2008).

A incapacidade é, pois, um fenômeno complexo, multidimensional e dinâmico. Não existe um método único para a sua determinação, pelo contrário, as formas de mensuração variam bastante entre os estudos (ALVES et al, 2008; LOLLAR & CREWS, 2003). A caracterização da incapacidade requer informações pormenorizadas sobre aspectos cognitivos, físicos e emocionais da saúde do indivíduo (ALVES et al, 2008). De uma forma geral e mais objetiva, a limitação funcional pode ser definida como uma incapacidade para desempenhar atividades que permitam o auto-cuidado e viver de forma independente (PALACIOS-CEÑA et al, 2012).

Em estudos sobre a população idosa, a capacidade funcional é geralmente dimensionada em termos de habilidades e independência para realização de determinadas atividades (LIMA-COSTA & VERAS, 2003). As escalas variam; baseiam-se, principalmente, no auto-relato e são mensuradas em graus de dificuldade ou graus de assistência ou de dependência ou pela não realização de certas atividades, o que implica certo grau de subjetividade às medidas (ALVES et al, 2008). As tarefas cotidianas necessárias para que o indivíduo cuide de si e de sua própria vida são denominadas atividades de vida diária (AVDs) e são hierarquizadas em básicas, instrumentais e avançadas. Geralmente o declínio funcional inicia-se com a dificuldade e posterior incapacidade de realizar tarefas mais complexas e progride de forma decrescente (KATZ et al, 1963).

A capacidade funcional pode ser mensurada por instrumentos padronizados que avaliam o desempenho do idoso nas, já citadas, AVDs, AIVDs e mobilidade (LINO et al, 2008; ALVES et al, 2008).

A escala de Katz ou Índice de Independência em Atividades de Vida Diária (KATZ et al, 1963), traduzida e adaptada à língua portuguesa (LINO et al, 2008), tratada também por ABVDs, corresponde às atividades de autocuidado, essenciais para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo: tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ter continência esfinteriana, e alimentar-se sozinho. As AIVDs são as atividades relacionadas ao cuidado e gerenciamento do domicílio e são indicadoras da capacidade do idoso viver sozinho na comunidade: preparar os próprios alimentos, fazer compras, controlar as finanças, usar o telefone, lavar e passar roupa, usar medicamentos adequadamente e sair de casa sozinho (LAWTON & BRODY, 1969). AVDs avançadas relacionam-se, dentre outras, com atividades laborais, artísticas, intelectuais, de lazer (DIAS et al, 2011).

A avaliação da mobilidade é um outro parâmetro utilizado para mensurar a funcionalidade. Organiza-se, hierarquicamente, desde a capacidade de transferir-se da cama para a cadeira até atividades mais complexas como caminhadas longas e subir e descer escadas (ALVES et al, 2008).

A capacidade funcional dos sistemas fisiológicos diminuem progressivamente com o envelhecimento (ALVES et al, 2008). Por outro lado, incapacidades também podem ser resultado de doenças agudas ou traumas,

ou, mais comumente, resultam de condições crônicas que ao longo do tempo afetam a função física ou cognitiva em fases mais tardias da vida (LOLLAR & CREWS, 2003). Indivíduos com incapacidades são mais vulneráveis aos fatores de risco, tem maiores taxas de doenças crônicas e qualidade de vida mais comprometida (HAVERCAMP & SCOTT, 2015).

Alves et al (2007) em estudo sobre a influência de doenças crônicas na capacidade funcional do idoso observaram um aumento de 39% na chance de dependência em AIVDs em hipertensos, aumento de 82% nessa chance em cardiopatas, 59% em artropatas e 50% em pneumopatas.

A prevalência da incapacidade aumenta com a idade (BOWEN & GONZÁLEZ, 2008), mas a idade sozinha não a prediz. Diversos fatores socioeconômicos como educação, renda e raça estão envolvidos, sendo a pobreza um importante preditor (LOLLAR & CREWS, 2003). Incapacidades não são um resultado inevitável do envelhecimento (FREEDMAN et al, 2016). Giacomini & Firmo (2015) reconhecem a relevância da dimensão funcional da saúde na velhice, mas problematizam a conformidade do discurso “é por causa da idade” e apontam a necessidade da saúde pública rever seus conceitos sobre a interação saúde-envelhecimento-incapacidade.

No Brasil, a prevalência de incapacidade funcional não mudou significativamente na década passada (LIMA-COSTA et al, 2011); na Espanha, contudo, houve um aumento (PALACIOS-CEÑA et al, 2012). Idade maior ou igual a 84 anos, baixa escolaridade, a presença de duas ou mais comorbidades crônicas, obesidade (apenas em mulheres), dormir mais que 8 horas por dia e não praticar exercícios físicos foram variáveis associadas com a maior probabilidade de incapacidades (PALACIOS-CEÑA et al, 2012). Estudo brasileiro também evidenciou maior prevalência de incapacidades em faixas etárias superiores, sobretudo na mais velha (LIMA-COSTA et al, 2011). Estudo comparando grupos de população economicamente ativa observou aumento da gravidade da limitação funcional associada ao aumento da idade, diminuição da escolaridade, estar solteiro e baixa renda domiciliar. Observaram também maior número de consultas anuais entre aqueles com limitação funcional em relação àqueles sem limitações e quanto mais grave a limitação mais contatos médicos (GULLEY & ALTMAN, 2008).

Wandera et al (2015) em um estudo transversal em Uganda observaram

significativa redução no acesso aos serviços de saúde por idosos com incapacidades físicas. Limitações de mobilidade e discriminação foram os mecanismos da disparidade.

Pessoas portadoras de incapacidades demandam e custam mais ao sistema de saúde (LOLLAR & CREWS, 2003). Avaliar o estado funcional das pessoas a fim de determinar prevalência e incidência de incapacidades é de grande utilidade para o desenvolvimento de políticas de saúde, seguridade social, emprego, educação e planejamentos econômicos (OMS, 2002).

Historicamente, a perspectiva da saúde pública tem foco na prevenção das condições incapacitantes. Após instaladas, as incapacidades não recebem proporcional atenção (LOLLAR & CREWS, 2003). Pessoas com incapacidades enfrentam uma gama de iniquidades. Tem saúde mais precária e encontram mais dificuldades no acesso aos serviços de saúde em relação aos indivíduos sem incapacidades (HAVERCAMP & SCOTT, 2015), particularmente aqueles com incapacidades mais graves (GULLEY & ALTMAN, 2008).

Analisar padrões de uso de serviços de saúde da população idosa com limitações funcionais é um importante indicador para o sistema de saúde, já que a mesma apresenta grande demanda tanto em termos de quantidade, variedade e qualidade dos serviços. Um dos objetivos do sistema de saúde deve ser abolir disparidades e iniquidades em relação aos idosos com incapacidades.

3.4 Qualidade da atenção médica

A qualidade dos cuidados médicos é um conceito difícil de ser descrito, se refere a um conjunto de situações que devem ser analisadas de forma particular (DONABEDIAN, 1968). Existe uma relação, geralmente proporcional, entre os elementos estruturais do sistema (profissionais mais qualificados, melhor estrutura física, melhor gestão) e a qualidade da atenção. Avaliar as inter-relações, não só entre os fatores estruturais, mas também entre os índices de desfechos e os fatores processuais permitem uma compreensão mais aprofundada das condições de cuidado (DONABEDIAN, 1968).

A avaliação da qualidade da atenção prestada tem se tornado uma importante ferramenta na construção e estruturação dos serviços de saúde,

não só no Brasil (SZWARCOWALD et al, 2016), mas também em outros países (PELTZER, 2009). Donabedian (1990) define a acessibilidade como um dos pilares da qualidade do cuidado em saúde. Nesse conceito o autor incorpora elementos da relação profissional-paciente, expectativas, preferências e satisfação com o cuidado recebido. Avaliar a performance do sistema de saúde a partir da perspectiva do usuário é fundamental para a qualificação do mesmo (LIMA-COSTA et al, 2013) e tem se mostrado uma tendência (SZWARCOWALD et al, 2016).

A percepção de fatores qualitativos em saúde é influenciada pela expectativa do usuário (GOUVEIA et al, 2011; MACINKO & LIMA-COSTA, 2012) e pode variar de acordo com o grupo socioeconômico e fatores contextuais sociais, organizacionais e tecnológicos dos mesmos (PELTZER, 2009). Em relação à percepção da qualidade da atenção médica, idade, etnia, educação e renda foram significativamente associados com a satisfação de pacientes idosos americanos beneficiários do Medicare (BOGNER et al, 2015). Nesse estudo, a maioria dos idosos demonstrou satisfação com a assistência e o acesso aos serviços médicos recebidos, entretanto, aqueles com limitação funcional fizeram pior avaliação em relação àqueles sem limitação funcional (BOGNER et al, 2015). Gulley & Altman (2008) observaram que americanos com incapacidades tiveram pior percepção da saúde, piores índices de uso de serviços de saúde, de satisfação e de qualidade. Isso foi mais evidente entre a população americana não coberta por seguros de saúde.

Peltzer (2009) estudando uma amostra representativa nacional da África do Sul não evidenciou associações significantes entre variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade) e satisfação do usuário, todavia, questões como “tempo de espera para ser atendido” e “liberdade para escolha do profissional de saúde assistente” apresentaram piores índices de satisfação, principalmente entre os usuários do sistema público.

Objetivando obter informações acerca da percepção da atenção médica recebida pelos usuários de serviços de saúde, Szwarcwald et al (2016), avaliando o conjunto da população adulta brasileira através de uma amostra da PNS 2013, evidenciou que mais de 74% dos indivíduos com 18 anos ou mais consultaram o médico nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Os grupos com menor nível socioeconômico tendem a usar mais os serviços de saúde por

motivo de doença. O principal local de atendimento no sistema público foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) (aproximadamente 60%), já no sistema privado foram os consultórios ou clínicas privadas (mais de 85%). O atendimento por médico clínico geral, generalista ou médico de família foi o mais frequente no SUS (75,6%), em contraposição, no setor privado os médicos especialistas foram os mais procurados (64,7%). Na avaliação geral os itens “respeito na maneira de atender o paciente” e “habilidades do médico” receberam os melhores escores médios e tiveram os percentuais mais elevados de avaliação “muito boa”, tanto no sistema privado quanto no público. Nesse último, os itens com pior avaliação foram “liberdade de escolha do médico” e “tempo de espera para ser atendido”.

Gouveia et al (2005), avaliando uma amostra da população adulta brasileira, também encontrou piores índices de satisfação com o tempo de espera e com a liberdade para escolher o médico entre os pacientes ambulatoriais e hospitalizados, respectivamente. No estado de Pernambuco, análises feitas pelo mesmo grupo de autores revelou que o tempo de espera até o atendimento e a disponibilidade de medicamentos foram fatores com menores índices de satisfação, estando, o primeiro, relacionado a atributos do profissional de saúde e a características do serviço de saúde. Em ambos os estudos, os usuários do SUS apresentaram-se, de forma geral, menos satisfeitos em relação aos usuários do setor privado (GOUVEIA et al, 2011). Melhores indicadores de qualidade entre afiliados a planos privados foram, também, evidenciados por Lima-Costa, et al (2013).

Os resultados das pesquisas acerca da percepção da qualidade dos serviços médicos e de saúde, de uma forma geral, reforçam, por si só, a importância das mesmas para estabelecimento de prioridades e adequações no sistema de saúde. Em relação à funcionalidade, pessoas com incapacidades permanecem em desvantagem em relação à saúde e à assistência à saúde, tem menores taxas de rastreamentos de doenças e tem mais dificuldades para acessar os serviços. Estão, ainda, particularmente mais suscetíveis a receber assistência a saúde de pior qualidade (IEZZONI, 2011).

3.5 Fontes de atenção à saúde no Brasil

A grande maioria dos países possui, atualmente, sistemas de saúde mistos, isto é, mesclam elementos da esfera pública e privada, tanto no que se refere à prestação de serviços como ao financiamento do sistema. O formato final desses sistemas resulta da própria história de construção dos mesmos (SANTOS et al, 2008).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 torna a saúde direito de todos e dever do Estado. Atribui princípios hierárquicos e organizativos para o SUS e deixa, também, a assistência à saúde, livre à iniciativa privada. As instituições privadas participariam de forma complementar ao SUS (BRASIL, 1988).

Entretanto, a construção do sistema nacional de saúde brasileiro resultou em um modelo absolutamente peculiar, no qual há uma sobreposição do estatal e do privado nos principais elementos estruturantes do sistema (SANTOS et al, 2008). Este constitui-se, por conseguinte, por uma variedade de organizações públicas e privadas (PAIM et al, 2011). Uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada sobretudo por recursos privados (PAIM et al, 2011). Pode-se falar em três subsetores: o subsetor público (serviços financiados e providos pelo Estado), subsetor privado (com fins lucrativos ou não, serviços financiados de diversas maneiras) e o subsetor de saúde suplementar (diferentes tipos de planos e seguros privados de saúde). A utilização dos serviços dos três subsetores é livre e depende da facilidade de acesso e capacidade de pagamento (PAIM et al, 2011).

A implementação do SUS começou em 1990 (PAIM et al, 2011), ainda hoje, é objeto de disputas e segue em construção. A gestão é descentralizada (federal, estadual e municipal) e há crescentes incentivos para a melhoria dos serviços (PAIM et al, 2011; BRASIL, 2012). Nos últimos anos, a expansão da APS no país permitiu importante ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde (PAIM et al, 2011; MALTA et al, 2016). O SUS realiza procedimentos de baixa, média e alta complexidade, como grande parte dos transplantes de órgãos do país. Todavia é fortemente limitado pelo subfinanciamento. Fato agravado pelos subsídios concedidos ao subsetor privado (PAIM et al, 2011; OCKÉ-REIS, 2015). A dificuldade de acesso ao atendimento do serviço público

de saúde leva uma parcela grande dos cidadãos a procurar os planos de saúde, muitas vezes sem dispor de recursos financeiros (GERSCHMAN et al, 2007).

O Brasil gasta em saúde cerca de 9% do Produto Interno Bruto (PIB), mas apenas 47% são despesas públicas. Na composição do gasto privado mais de 40% referem-se à compra de planos de saúde; a maior parte desse gasto é por desembolso direto (OCKÉ-REIS, 2015).

A grande maioria da população brasileira depende do SUS, todavia, em 1998, 24,5% da população possuía algum tipo de plano de saúde (PAIM et al, 2011), em 2013, esse percentual chegou a 27,9% (IBGE, 2015). De acordo com o suplemento de saúde da PNAD, em 1998, 26,9% dos idosos relataram possuir plano de saúde. Após 5 anos, em nova edição, a PNAD constatou que 29,4% dos idosos brasileiros possuíam cobertura por planos privados sendo maioria as mulheres idosas (LIMA-COSTA et al, 2007). O mesmo estudo evidenciou que o percentual de cobertura por plano privado diminuiu com o aumento da faixa etária (LIMA-COSTA et al, 2007).

Os planos de saúde privados atendem, fundamentalmente, uma população mais jovem, mais saudável, com maior escolaridade e maior renda (LIMA-COSTA et al, 2013; VERAS & PARAHYBA, 2007). O perfil do plano assim como o acesso ao mesmo dependem da situação socioeconômica e ocupacional de cada indivíduo e/ou família (PAIM et al, 2011). Entre os 20% mais pobres, somente 3,3% possuem cobertura por plano de saúde, ao passo que essa cobertura alcança 61,8% entre aqueles no maior quintil de renda (MACINKO & LIMA-COSTA, 2012).

A cobertura por plano de saúde é um indicador tradicional de acesso nos Estados Unidos e no Brasil, mas inexpressivo nos países europeus que dispõem de sistemas de saúde com cobertura universal (TRAVASSOS & MARTINS, 2004) e APS melhor estruturada. Apesar de estratégias nesse nível de atenção mostrarem impacto na redução de hospitalizações por condições sensíveis à mesma (MENDONÇA et al, 2011), assim como o desenvolvimento de seus atributos (NYWEIDE et al, 2013), poucos planos adotam políticas de APS. Predomina, portanto, um modelo de atenção focado na demanda individual, e não em estratégias de promoção da saúde de base populacional (PAIM et al, 2011).

No caso brasileiro, os planos de saúde proporcionam serviços, em grande parte, já cobertos pelo sistema público. A diferenciação na hotelaria, livre escolha de prestador e/ou acesso mais ágil ao sistema muitas vezes são os principais atrativos (SANTOS et al, 2008). O segmento suplementar disponibiliza uma oferta de serviços hospitalares, e, principalmente, de equipamentos de alta e média complexidade bem maior do que a observada no SUS (SANTOS et al, 2008). Essa tendência da disponibilidade de serviços médicos mais qualificados ser inversamente proporcional à necessidade do mesmo para determinada população, foi o que Hart (1971) denominou “lei dos cuidados inversos”. No Brasil, a cobertura duplicada introduz importantes desigualdades na utilização de serviços. A população coberta por plano usa mais serviços de saúde que a população brasileira como um todo. Segundo a ANS (2016), o sistema suplementar brasileiro proporcionou, em 2013, o dobro de consultas aos seus beneficiários em relação ao país como um todo. Usuários de planos internam-se mais, consultam-se mais e, por vezes, o fazem pelo SUS, principalmente quando se trata de procedimentos de alta complexidade (SANTOS et al, 2008; ANS, 2016). A utilização do sistema público por afiliados a planos privados é considerável e resulta da grande heterogeneidade dos planos e de restrições de atendimento impostas pelos mesmos, impedindo, à uma parcela de usuários, o acesso integral aos serviços demandados (GERSCHMAN et al, 2007). As razões para satisfação com os planos são as certezas de acesso ao tratamento, hotelaria e privacidade, que os beneficiários costumam chamar de “privilégio em relação ao SUS” (GERSCHMAN et al, 2007).

Em estudo sobre a PNAD 2008, mais de 80% dos usuários do setor público – Estratégia Saúde da Família (ESF) – e cerca de 90% dos usuários de plano privado de saúde avaliaram como muito boa ou boa a qualidade do atendimento recebido (MACINKO & LIMA-COSTA, 2012). A PNS 2013 revelou diferenças entre os serviços de saúde público e privado prestados à população com 18 anos ou mais em relação ao local de atendimento nos últimos 12 meses, à forma como conseguiu a consulta médica, ao tempo de espera, ao tempo de consulta, à especialidade do médico que atendeu, ao motivo de procura do médico e à cidade de atendimento (SZWARCOWALD et al, 2016).

As pessoas com planos e seguros privados de saúde afirmam ter melhor acesso a serviços preventivos e maiores índices de uso dos serviços em relação às pessoas que não dispõem dos mesmos (PAIM et al, 2011). Indicadores de qualidade (dificuldades para obter consultas, existência de filas, queixa para obtenção de medicamentos e obtenção de consultas em 24h) são melhores entre afiliados a plano privado (LIMA-COSTA et al, 2013). A comparação entre populações cobertas e não cobertas por plano de saúde privado não parte do pressuposto de que os planos são “padrão-ouro” de assistência à saúde. Na verdade os planos são muito heterogêneos e seus usuários tem, em média, mais renda, maior escolaridade, menos incapacidade e melhores condições de moradia que usuários do SUS; o que explica muito sobre suas “vantagens” (MACINKO & LIMA-COSTA, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Fonte de dados

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é uma pesquisa domiciliar, com abrangência nacional, realizada em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em colaboração com o Ministério da Saúde (MS) (IBGE, 2015). A pesquisa foi delineada para representar a população adulta, com base em amostragem por conglomerados (IBGE, 2015; SOUZA-JÚNIOR et al, 2015). A PNS é composta por três questionários: domiciliar, individual (respondido para todos os moradores) e individual (respondido por um morador selecionado). Todos os residentes nos domicílios amostrados com idade igual ou superior a 60 anos foram elegíveis para responder ao módulo sobre capacidade funcional. O morador selecionado foi elegível para responder ao módulo sobre atenção médica. Para o presente estudo foram selecionados todos os participantes da pesquisa com 60 ou mais anos de idade para a análise dos fatores associados ao uso de serviços de saúde ($n = 23.815$) e o morador selecionado na mesma faixa etária, para análise dos indicadores de qualidade da atenção médica recebida ($n = 9.290$).

4.2 Variáveis do estudo

4.2.1 Limitação funcional

A estrutura do questionário da PNS consiste em perguntas separadas sobre o grau de dificuldade para realizar diferentes atividades da vida diária, com opções de respostas variando entre nenhuma dificuldade, pequena dificuldade, grande dificuldade e não consegue. Na presente análise, foram consideradas seis atividades básicas (alimentar-se, tomar banho, usar o toalete, vestir-se, andar em casa de um cômodo a outro no mesmo andar e deitar-se ou levantar-se da cama) e quatro atividades instrumentais da vida diária (fazer compras, administrar as próprias finanças, tomar remédios sozinho e sair de casa sozinho utilizando transporte). A limitação funcional foi atribuída àqueles que informaram ter qualquer dificuldade para realizar pelo menos uma entre as atividades supracitadas.

4.2.2 Fonte da atenção

A fonte de atenção foi categorizada em usuários do sistema público e usuários do sistema privado. Os últimos foram definidos pelo relato de possuir plano de saúde privado, de empresa ou órgão público, exceto plano exclusivamente odontológico. O uso do sistema público foi atribuído àqueles que não possuíam plano privado de saúde, mesmo que eventualmente eles tenham remunerado a totalidade ou parte da atenção recebida.

4.2.3 Indicadores de uso de serviços de saúde

Foram considerados cinco indicadores de uso de serviços de saúde: número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses; ocorrência de uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses; especialidade do médico atendente na última consulta (generalista vs. especialista); existência de um serviço ou médico de referência; e local que costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde, entre aqueles que informaram ter serviço/médico de referência. A condição de ter um médico ou serviço de referência foi atribuída àqueles que informaram ter um serviço ou um médico que costumam procurar quando precisam de atendimento de saúde. O local da procura foi categorizado como unidade básica de saúde (UBS), consultório particular ou clínica privada, serviço de urgência e emergência (unidades de pronto atendimento, pronto-socorro ou emergência de hospital público ou privado) e outro local (farmácia, centro de especialidades, policlínica pública ou posto de assistência médica – PAM, hospital público/ambulatório, ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato, no domicílio, com profissional da equipe saúde da família, no domicílio, com médico particular, e outro serviço).

4.2.4 Qualidade da atenção médica recebida

A qualidade da atenção médica recebida foi definida por meio da avaliação do usuário quanto à última consulta realizada. Foram considerados sete indicadores: habilidade do médico para tratar o idoso; respeito do médico na maneira de atendê-lo(a); clareza nas explicações do médico; disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou

tratamento; possibilidade de falar em privacidade com o médico; liberdade de escolher o médico e tempo de espera para consulta. No questionário da PNS as perguntas acerca da percepção do atendimento médico possuem 5 opções de respostas, variando entre muito bom a muito ruim. Nesta análise, as respostas foram categorizadas em muito bom/bom *versus* regular, ruim ou muito ruim.

4.2.5 Potenciais variáveis de confusão

A seleção de potenciais variáveis de confusão para a presente análise foi baseada no modelo teórico de Andersen & Newman (1973), considerando fatores predisponentes e facilitadores da utilização de serviços de saúde. Entre os fatores predisponentes, foram considerados o sexo e a idade (variável contínua). Entre os fatores facilitadores, foram considerados a residência com o cônjuge/companheiro(a) (sim e não) e o nível de escolaridade (categorizado em 5 grupos, variando entre sem instrução a ensino médio completo ou mais).

4.3 Análise estatística

As variáveis resposta foram os indicadores de uso de serviços de saúde e de qualidade da atenção médica recebida, como acima descritos. A exposição de interesse foi a limitação funcional, conforme anteriormente definida.

A análise bivariada foi baseada em estimativas de prevalências e intervalos de confiança de 95%. A regressão linear e o teste do qui-quadrado de Pearson foram utilizados para examinar a significância estatística das diferenças entre médias e proporções, respectivamente.

A análise multivariada da associação entre limitação funcional e os indicadores de uso de serviços e qualidade da atenção médica foi baseada em estimativas de “*odds ratios*” (OR) por meio da regressão logística binária ou por meio regressão logística multinomial (BLIZZARD & HOSMER, 2007; LONG & FREESE, 2006). A última foi utilizada quando a variável resposta possuía mais de duas categorias, como foi o caso do local de procura por atenção em saúde (4 categorias) e do número de consultas médicas (3 categorias). A regressão logística binária foi utilizada nas demais situações. Os modelos multivariados

foram ajustados pela idade, sexo, residência com o cônjuge/companheiro(a) e escolaridade. As análises foram estratificadas pela fonte da atenção em saúde (pública e privada).

A regressão logística multinomial e a regressão logística binária foram utilizadas para estimar, respectivamente, as probabilidades preditas da ocorrência de três ou mais consultas médicas e de uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses, segundo a limitação funcional e a fonte da atenção em saúde.

Todas as análises foram realizadas, utilizando-se os procedimentos para amostras complexas do pacote estatístico Stata (versão 13.0), considerando-se os pesos dos indivíduos e os parâmetros amostrais.

4.4 Aspectos Éticos

A PNS foi conduzida respeitando-se os parâmetros constantes na Declaração de Helsinki. A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CONEP), Brasília, DF., Brasil (IBGE, 2015) (SOUZA-JÚNIOR et al, 2015).

5 ARTIGO

Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional

Use of health services by Brazilian older adults with and without functional limitation

Alexandre Moreira de Melo Silva, Juliana Vaz de Melo Mambrini,
Sérgio Viana Peixoto, Deborah Carvalho Malta, Maria Fernanda Lima-Costa

RESUMO

OBJETIVO: Comparar o uso de serviços de saúde e a qualidade da atenção médica recebida por idosos brasileiros com e sem limitação funcional.

MÉTODOS: As análises principais foram baseadas em amostra nacional representativa de 23.815 participantes da Pesquisa Nacional de Saúde com 60 anos ou mais. A limitação funcional foi definida pela dificuldade para realizar pelo menos uma entre dez atividades básicas ou instrumentais da vida diária. Potenciais variáveis de confusão incluíram fatores predisponentes e facilitadores do uso de serviços de saúde.

RESULTADOS: A prevalência da limitação funcional foi de 30,1% (IC95% 29,2–31,4). O número de consultas médicas e a ocorrência de hospitalizações nos últimos 12 meses apresentaram associações estatisticamente significantes com a limitação funcional, tanto entre usuários do sistema público (OR = 2,48 [IC95% 2,13–2,88] para três ou mais consultas e OR = 2,58 [IC95% 2,15–3,09] para uma ou mais hospitalizações), quanto do sistema privado (OR = 2,56 [IC95% 1,50–4,36] e OR = 2,22 [IC95% 1,64–3,00], respectivamente). A propensão ao uso da unidade básica de saúde foi maior entre usuários do sistema privado com limitações funcionais (OR = 2,01 [IC95% 1,12–3,59]). Entre sete indicadores da qualidade da atenção médica recebida, na percepção dos usuários dos sistemas público e privado, somente dois apresentaram associação com a limitação funcional. Os usuários do sistema público com limitações funcionais fizeram pior avaliação da liberdade para

escolha do médico e do tempo de espera para a consulta, em comparação aos usuários do mesmo sistema sem essas limitações (OR = 0,81 [IC95% 0,67–0,99] e OR = 0,76 [IC95% 0,62–0,93], respectivamente).

CONCLUSÕES: Idosos com limitações funcionais utilizam mais serviços de saúde em comparação aos seus pares sem essas limitações. A magnitude da associação entre a limitação funcional e o número de consultas médicas e de hospitalizações foi semelhante nos sistemas público e privado de saúde.

DESCRITORES: Idoso. Idoso Fragilizado. Pessoas com Deficiência. Atividades de Vida Diária. Serviços de Saúde para Idosos. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To compare the use of health services and the quality of medical care received by Brazilian older adults with and without functional limitation.

METHODS: The main analyzes were based on nationally representative sample of 23,815 participants in the National Health Survey with 60 years and over. Disability was defined as difficulty in performing at least one of ten basic or instrumental activities of daily living. Potential confounders included predisposing and enabling factors for health services use.

RESULTS: The prevalence of disability was 30.1% (95% CI 29.2 to 31.4). The number of doctor visits and hospitalizations in previous 12 months were significantly associated with disability in the public (OR = 2.48 [95% CI 2.13 to 2.88] for three or more doctor visits and OR = 2.58 [95% CI 2.15 to 3.09] for one or more hospitalizations), and the private systems (OR = 2.56 [95% CI 1.50 to 4.36] and OR = 2.22 [95% CI 1.64 to 3.00], respectively). Among seven indicators of the quality of medical care received, in the perception of the users of the public and private systems, only two were associated with disability. Disability was associated with search for care on basic health units (OR = 2.01 [95% CI 1.12 to 3.59]) among those covered by the private health system. The users of the public system with disability assessed worse their ability to choose a doctor and the waiting time for consultation, compared with those without

disability (OR = 0.81 [95% CI 0.67-0.99] and OR = 0.76 [95% CI 0.61 to 0.93], respectively).

CONCLUSIONS: Brazilian older adults with disability are much more likely to use health services relative to those without these limitations. The strength of the association between disability and the number of doctor visits and hospitalizations was similar in the public and private health systems.

DESCRIPTORS: Aged. Frail Elderly. Disabled Persons. Activities of Daily Living. Health Services for the Aged. Quality of Health Care.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população ocorre mundialmente, e o Brasil – a 5ª maior população do mundo – é um dos países onde essa transição demográfica vem ocorrendo de forma mais acelerada^a. Populações mais envelhecidas apresentam maior carga de doenças crônicas e de incapacidades, levando ao aumento da demanda por atenção à saúde. Existe, portanto, crescente interesse na análise do perfil e das desigualdades associadas à utilização de serviços de saúde por idosos com limitações funcionais, tanto em países com populações mais envelhecidas, quanto naqueles em rápido processo de envelhecimento^{1,2,3}.

Os determinantes da utilização de serviços de saúde estão relacionados a fatores contextuais (tipos de sistemas de saúde e sua organização, por exemplo)⁴ e a fatores individuais. Segundo o modelo clássico de Andersen e Newman⁵, os fatores individuais compreendem características predisponentes (como idade e sexo), características facilitadoras (como escolaridade e renda) e necessidades de saúde. No Brasil, a organização da atenção à saúde é baseada no Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela provisão universal e gratuita dos serviços e programas de saúde⁶. O sistema público convive com o sistema privado, cujo acesso depende da capacidade de

^a United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: the 2015 revision. New York; 2015 [citado 2015 dez 3]. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp>

pagamento⁶. Adultos cobertos por planos privados realizam mais consultas médicas e odontológicas em comparação ao restante da população⁷. Na percepção da população adulta, as principais diferenças entre a atenção recebida na rede pública e a na rede privada são a forma de agendar a consulta (com predominância do pré-agendamento na última), o tempo de espera para conseguir a consulta (maior na primeira), o tipo de médico atendente (predominância de médico generalista na primeira) e o motivo da consulta (predomínio de exame periódico de saúde na última)⁸.

A prevalência da limitação funcional varia entre países e em função do critério adotado para a sua definição^{b,9}. Uma definição amplamente utilizada é o relato de dificuldades para realizar atividades básicas ou instrumentais da vida diária. Com base nessa definição, a prevalência da limitação funcional na população com 50 anos ou mais varia entre 25% na Espanha e na Inglaterra e 40% nos Estados Unidos¹⁰.

No Brasil, existem poucos estudos de base populacional examinando a associação entre a limitação funcional e o uso de serviços de saúde. Um estudo conduzido em municípios das regiões Sul e Nordeste mostrou que, entre idosos portadores de doenças crônicas, a prevalência de consultas médicas era 30% mais alta entre aqueles com algum nível de incapacidade, em comparação aos seus pares sem limitações funcionais¹¹. Na região metropolitana de Belo Horizonte, foi observada associação entre a dificuldade para realizar atividades básicas da vida diária e a ocorrência de hospitalizações e de consultas médicas domiciliares¹².

No presente trabalho, foram utilizados dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), com o objetivo de comparar o uso de serviços de saúde e a qualidade da atenção médica recebida na percepção de idosos brasileiros com e sem limitação funcional.

^b Organização Mundial da Saúde. Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Genebra; 2002 [citado 2016 jan 20]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Guia-para-principiantes-CIF-CBCD.pdf>

MÉTODOS

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é uma pesquisa domiciliar, com abrangência nacional, realizada em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em colaboração com o Ministério da Saúde^c. A pesquisa foi delineada para representar a população adulta, com base em amostragem por conglomerados^{13,d}. A PNS é composta por três questionários: domiciliar, individual (respondido para todos os moradores) e individual (respondido por um morador selecionado). Todos os residentes nos domicílios amostrados com idade igual ou superior a 60 anos foram elegíveis para responder ao módulo sobre capacidade funcional. O morador selecionado foi elegível para responder ao módulo sobre atenção médica. Para o presente estudo, foram selecionados todos os participantes da pesquisa com 60 ou mais anos de idade para a análise dos fatores associados ao uso de serviços de saúde (n = 23.815) e o morador selecionado na mesma faixa etária, para análise dos indicadores de qualidade da atenção recebida (n = 9.290).

A estrutura do questionário da PNS consiste em perguntas separadas sobre o grau de dificuldade para realizar diferentes atividades da vida diária, com opções de respostas variando entre nenhuma dificuldade, pequena dificuldade, grande dificuldade e não consegue. Na presente análise, foram consideradas seis atividades básicas (alimentar-se, tomar banho, usar o toalete, vestir-se, andar em casa de um cômodo a outro no mesmo andar e deitar-se ou levantar-se da cama) e quatro atividades instrumentais da vida diária (fazer compras, administrar as próprias finanças, tomar remédios sozinho e sair de casa sozinho utilizando transporte). A limitação funcional foi atribuída

^c Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado 2016 jan 20]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>

^d Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado 2016 jan 20]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>

àqueles que informaram ter qualquer dificuldade para realizar pelo menos uma entre as atividades supracitadas.

A fonte de atenção foi categorizada em usuários do sistema público e usuários do sistema privado. Os últimos foram definidos pelo relato de possuir plano de saúde privado, de empresa ou órgão público, exceto plano exclusivamente odontológico. O uso do sistema público foi atribuído àqueles que não possuíam plano privado de saúde, mesmo que eventualmente eles tenham remunerado a totalidade ou parte da atenção recebida.

Foram considerados cinco indicadores de uso de serviços de saúde: número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses; ocorrência de uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses; especialidade do médico atendente na última consulta (*generalista versus* especialista); existência de um serviço ou médico de referência; e local que costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde, entre aqueles que informaram ter serviço ou médico de referência. O número de consultas médicas foi categorizado como acima da mediana (3 ou mais consultas) e menos. A condição de ter um médico ou serviço de referência foi atribuída àqueles que informaram ter um serviço ou um médico que costumam procurar quando precisam de atendimento de saúde. O local da procura foi categorizado como unidade básica de saúde (UBS), consultório particular ou clínica privada, serviço de urgência e emergência (unidades de pronto atendimento, pronto-socorro ou emergência de hospital público ou privado) e outro local.

A qualidade da atenção médica recebida foi definida por meio da avaliação do usuário quanto à última consulta realizada. Foram considerados sete indicadores: habilidade do médico para tratar o idoso; respeito do médico na maneira de atendê-lo(a); clareza nas explicações do médico; disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento; possibilidade de falar em privacidade com o médico; liberdade de escolher o médico; e tempo de espera para consulta. No questionário da PNS, as perguntas acerca da percepção do atendimento médico possuem 5 opções de respostas, variando entre muito bom e muito ruim. Nesta análise, as respostas foram categorizadas em muito bom ou bom *versus* regular, ruim ou muito ruim.

A seleção de potenciais variáveis de confusão para a presente análise foi baseada no modelo teórico de Andersen e Newman⁵, considerando fatores

predisponentes e facilitadores da utilização de serviços de saúde. Entre os fatores predisponentes, foram considerados o sexo e a idade (variável contínua). Entre os fatores facilitadores, foram considerados a residência com o cônjuge/companheiro(a) (sim ou não) e o nível de escolaridade (categorizado em cinco grupos, variando de sem instrução a ensino médio completo ou mais).

As variáveis respostas foram os indicadores de uso de serviços de saúde e da qualidade da atenção médica recebida, como acima descritos. A exposição de interesse foi a limitação funcional, conforme anteriormente definida.

A análise bivariada foi baseada em estimativas de prevalências e intervalos de confiança de 95%. A regressão linear e o teste Qui-quadrado de Pearson foram utilizados para examinar a significância estatística das diferenças entre médias e proporções, respectivamente.

A análise multivariada da associação entre limitação funcional e os indicadores de uso de serviços e qualidade da atenção médica foi baseada em estimativas de *odds ratios* (OR) por meio de regressão logística binária ou multinomial¹⁴¹⁵. A última foi utilizada quando a variável resposta possuía mais de duas categorias, como foi o caso do local de procura por atenção em saúde (quatro categorias) e do número de consultas médicas (três categorias). A regressão logística binária foi utilizada nas demais situações. Os modelos multivariados foram ajustados pela idade, sexo, residência com o cônjuge/companheiro(a) e escolaridade. As análises foram estratificadas pela fonte da atenção em saúde (pública e privada).

A regressão logística multinomial e a regressão logística binária foram utilizadas para estimar, respectivamente, as probabilidades preditas da ocorrência de três ou mais consultas médicas e de uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses, segundo a limitação funcional e a fonte da atenção em saúde.

Todas as análises foram realizadas utilizando-se os procedimentos para amostras complexas do pacote estatístico Stata (versão 13.0), considerando-se os pesos dos indivíduos e os parâmetros amostrais.

A PNS foi conduzida respeitando-se os parâmetros constantes na Declaração de Helsinki. A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CONEP – Processo: 328.159, de 26

de junho de 2013)¹³.

RESULTADOS

Entre os 23.815 idosos participantes da amostra, 29,2% (IC95% 27,8-30,7) eram afiliados a plano privado de saúde e 30,1% apresentavam limitação funcional. A prevalência da limitação funcional foi significativamente mais alta entre usuários do sistema público (32,2%) em relação aos do sistema privado (25,1%). Mais detalhes sobre as características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa e suas distribuições segundo a fonte da atenção à saúde podem ser vistos na Tabela 1.

Na Tabela 2 estão apresentados os resultados da análise bivariada da associação entre a limitação funcional, indicadores de uso de serviços de saúde e indicadores de qualidade da assistência médica recebida, segundo a fonte da atenção em saúde. O número de consultas médicas e a ocorrência de uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses apresentaram associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$) com a limitação funcional, tanto entre usuários do sistema público quanto entre usuários do sistema privado de saúde. Usuários do sistema público referiram maior proporção de atendimentos por médico generalista independente da limitação funcional em relação a usuários do sistema privado. Nesse último, a percentagem de atendimento por tal profissional foi significativamente mais alta entre idosos com limitações funcionais em comparação aos seus pares sem essas limitações. A UBS foi o local de maior procura por atenção em saúde entre usuários do sistema público com e sem limitação funcional, ao passo que – em ambos os grupos - o consultório ou clínica particular foi o local predominante de procura pelos idosos cobertos por plano privado de saúde. Quando comparados aqueles com e sem limitações funcionais, destaca-se a maior procura pela UBS entre usuários do sistema privado com limitações (18,2%) em comparação aos usuários do mesmo sistema sem limitações (9,8%). Na análise bivariada, outros indicadores de uso de serviços e da qualidade da atenção recebida não apresentaram associações estatisticamente significantes com a limitação funcional. Destaca-se, contudo, que na maioria dos indicadores de satisfação com a qualidade da atenção médica recebida, as prevalências dos que

avaliaram esses quesitos como bons ou muito bons foram acima de 75% para a maioria dos indicadores analisados tanto no sistema público quanto no privado. As prevalências mais baixas foram para a liberdade de escolha do médico e o tempo de espera, que foram mais baixas entre usuários do sistema público.

Na Tabela 3 estão apresentados os resultados da análise multivariada da associação entre limitação funcional e os indicadores acima mencionados. Após ajustes por fatores predisponentes e facilitadores, o número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses apresentou forte associação com a limitação funcional tanto entre usuários do sistema público (OR = 1,39; IC95% 1,18–1,63 para 1–2 consultas e OR = 2,48; IC95% 2,13–2,88 para 3 ou mais consultas) quanto do sistema privado (OR = 1,20; IC95% 0,69–2,09 e OR = 2,56; IC95% 1,50–4,36, respectivamente). A limitação funcional também apresentou forte associação com ocorrência de uma ou mais hospitalizações em ambos os grupos (OR = 2,58; IC95% 2,15–3,09 e OR = 2,22; IC95% 1,64–3,00, respectivamente). A associação entre limitação funcional e o atendimento por médico generalista no sistema privado, anteriormente mencionada, perdeu significância estatística na análise multivariada. O maior uso da UBS entre usuários do sistema privado com limitações permaneceu após ajustes por essas covariáveis (OR = 2,01; IC95% 1,12–3,59). Entre usuários do sistema público (mas não do sistema privado), a liberdade de escolha do médico e o tempo de espera para ser atendido apresentaram associações independentes e negativas com a limitação funcional (OR = 0,81; IC95% 0,67–0,99 e OR = 0,76; IC95% 0,62–0,93, respectivamente).

Na Figura 1 são mostradas as probabilidades preditas da ocorrência de três ou mais consultas médicas e de uma ou mais hospitalizações nas diferentes idades, segundo a limitação funcional e a fonte de atenção. A probabilidade de ocorrência de três ou mais consultas médicas apresentou clara estratificação em todas as idades, com maior probabilidade de ocorrência entre idosos com limitações funcionais usuários do sistema privado, seguida por aqueles com limitações funcionais usuários do sistema público e por aqueles sem limitações funcionais usuários dos sistemas privado e público, respectivamente. A mesma estratificação foi observada para a probabilidade de ocorrência de uma ou mais hospitalizações.

DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho mostram que idosos com limitações funcionais realizam mais consultas médicas e são mais propensos à ocorrência de hospitalizações, independentemente de fatores predisponentes, como a idade e o sexo, assim como de características facilitadoras, como a residência com o cônjuge/companheiro(a) e o nível de escolaridade. Foram observadas fortes associações entre limitação funcional e maior número de consultas médicas, assim como entre limitação funcional e ocorrência de uma ou mais hospitalizações, tanto no sistema público quando no privado.

Estes resultados são similares àqueles de inquéritos nacionais que observaram associação entre limitação funcional e maior número de consultas médicas ou ocorrência de hospitalizações em países tão distintos como os Estados Unidos¹, China², Coreia do Sul¹⁶ e Taiwan³. A principal explicação para o maior uso de serviços de saúde por idosos com limitações funcionais reside na maior prevalência de doenças crônicas e de comorbidades (e ao risco de complicações a elas relacionadas), que por sua vez levam ao maior uso de medicamentos^{1,2,17}.

A consulta médica é um aspecto positivo da atenção em saúde, por ser uma oportunidade para diagnóstico precoce, prevenção¹⁸ e encaminhamento para reabilitação, quando oportuno. Entretanto, o uso excessivo de serviços de saúde é um marcador da atenção com baixa resolutividade. As hospitalizações, particularmente, podem ser evitadas, se desnecessárias. De fato, complicações de várias doenças podem ser evitadas com ações efetivas da atenção primária¹⁹. Um estudo brasileiro, baseado em cerca de 60 milhões de hospitalizações ocorridas entre 1999 e 2007 no âmbito do SUS mostrou que áreas geográficas com mais hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária eram aquelas com mais hospitais privados ou hospitais beneficentes e com baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família. Em contraste, as hospitalizações por essas condições eram menos frequentes nas áreas com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família e menos leitos privados ou beneficentes²⁰. A atenção primária de qualidade é uma estratégia importante para evitar hospitalizações desnecessárias de

idosos com limitações funcionais.

Poucos estudos, baseados em amostras nacionais representativas, examinaram as desigualdades sociais associadas ao uso de serviços de saúde por idosos com limitações funcionais. Nos Estados Unidos, a contribuição relativa da limitação funcional para a realização de consultas médicas e de hospitalizações é maior entre negros e latinos do que entre os brancos¹. Uma importante expressão das desigualdades sociais no Brasil é o acesso à medicina suplementar, que depende da capacidade de pagamento⁶. Pesquisas anteriores mostraram que os usuários do sistema privado apresentam melhores condições de saúde e usam mais serviços de saúde em comparação aos usuários do sistema público^{6,7}. Os resultados da presente análise são consonantes com essas observações. A prevalência da limitação funcional foi 28% mais alta entre usuários do sistema público em comparação aos do sistema privado. Em termos absolutos, os usuários do sistema público – com e sem limitações funcionais – realizaram menos consultas médicas e foram menos hospitalizados em comparação àqueles do sistema privado. Dentro do mesmo sistema, entretanto, nossos resultados indicam que a força das associações entre a limitação funcional e o número de consultas médicas e de hospitalizações foi semelhante entre usuários dos dois sistemas

Devido à sua forma de organização, os planos privados de saúde oferecem mais consultas com especialistas e seus usuários buscam atenção predominantemente em consultórios particulares ou clínicas privadas⁸. Em contraste, o sistema público oferece mais consultas com médicos generalistas e o local predominante da procura por atenção é a UBS⁸. Nossos resultados são consistentes com esses padrões e mostram que, independentemente do sistema de saúde (público ou privado), a limitação funcional não está associada ao tipo do médico atendente, nem à existência de serviço ou profissional de referência. Por outro lado, no sistema privado (mas não no público), observou-se maior propensão dos idosos com limitações funcionais a procurarem a UBS, que é uma unidade de atendimento do sistema público. A interpretação desse resultado não é intuitiva, uma vez que o local da procura por atenção depende de vários fatores, muitos dos quais não foram incluídos na presente análise^{8,21}. Uma possível explicação é que a localização próxima do domicílio e/ou o modelo de atenção primária adotado por essas unidades

seja mais conveniente, na percepção dos usuários, às necessidades daqueles com limitações funcionais^e. Nossa análise é limitada para examinar a questão, mas esse achado chama atenção para a necessidade de investigações mais profundas para um melhor entendimento das necessidades da atenção em saúde aos idosos com limitações funcionais.

A percepção do usuário acerca da atenção em saúde é um importante instrumento para avaliação dos sistemas de saúde²². No Brasil, estudos de base populacional com base na percepção do usuário acerca da atenção recebida ainda são raros, pois até recentemente inexistiam dados de abrangência nacional sobre o tema⁸. Nossos resultados mostram que, em geral, a avaliação pelo usuário da qualidade da atenção médica recebida foi positiva. Entretanto, essa avaliação foi um pouco pior no sistema público em relação ao privado, sobretudo pela falta de liberdade de escolher o médico e pelo longo tempo de espera para ser atendido, em consonância com o padrão recentemente descrito para o conjunto da população adulta brasileira⁸. Nossos resultados mostram também que, entre os usuários do sistema privado, a avaliação dos sete indicadores de qualidade foi similar entre aqueles com e sem limitação funcional. No sistema público, somente dois indicadores mostraram associação com a limitação funcional – liberdade de escolha do médico e tempo de espera para consulta. Para ambos, a prevalência da avaliação desses indicadores como bons ou muito bons foi menor entre aqueles com limitação funcional (OR < 1,0).

A principal vantagem deste estudo é a grande base populacional, com representatividade nacional. Por outro lado, o estudo tem limitações inerentes à natureza transversal da pesquisa, às informações não contempladas na PNS e à disponibilização dos dados para análises. Além disso, a limitação funcional neste trabalho incluiu pequena dificuldade para realizar atividades da vida diária, da mesma forma como estudos recentes conduzidos em outros países¹⁰. Portanto, é possível que análises baseadas na gravidade da limitação

^e Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília (DF); 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde; (Série Pactos pela Saúde 2006, 12).

funcional mostrem associações ainda mais fortes que as observadas neste trabalho.

Em resumo, os resultados deste trabalho mostram forte associação entre a limitação funcional, a realização de consultas médicas e a ocorrência de hospitalizações. Em função do rápido envelhecimento da população brasileira, espera-se aumento no número de idosos com limitações funcionais. Caso não sejam ampliadas medidas efetivas para promoção da saúde e prevenção nos seus vários níveis, o aumento da demanda por atenção em saúde será inevitável, tanto para o sistema público quando para o sistema privado de saúde.

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: AMMS, JVMM, SVP, DCM, MFLC. Análise e interpretação dos dados: AMMS, JVMM, SVP, DCM, MFLC. Preparação e redação do manuscrito: AMMS, JVMM, SVP, DCM, MFLC. Revisão crítica do manuscrito: AMMS, JVMM, SVP, DCM, MFLC. Aprovação final: AMMS, JVMM, SVP, DCM, MFLC.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes da amostra com 60 anos ou mais de idade, segundo a fonte da atenção em saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. (n = 23.815)

Característica	Total		Fonte da atenção				p ^b
	Média ou percentagem	(IC95%)	Privada		Pública		
			Média ou percentagem ^a	(IC95%)	Média ou percentagem	(IC95%)	
Idade, média	69,9	69,7-70,1	70,2	69,8-70,6	69,8	69,5-70,0	<0,001
Sexo feminino, %	56,4	42,8- 44,4	59,9	58,5-61,3	54,9	54,0-55,9	<0,001
Vive com o cônjuge/companheiro(a), %	57	55,9-58,2	59,8	57,5-62,0	55,9	54,6-57,2	<0,003
Nível de escolaridade, %							
Nunca estudou	31,8	30,5-33,0	12,8	11,3-14,6	39,6	38,1-41,0	<0,001
Até fundamental incompleto	39,3	38,1-40,5	35,2	32,8-37,7	41	39,6-42,4	
Fundamental incompleto até médio incompleto	8,3	7,7-9,0	10,1	8,9-11,4	7,6	6,9-8,3	
Médio completo ou mais	20,6	19,5-21,9	41,9	39,3-44,6	11,9	11,0-12,8	<0,001
Limitação funcional ^c , %	30,1	29,2-31,4	25,1	23,4-26,9	32,2	31,1-33,4	<0,001

^a Médias e percentagens estimadas considerando-se os pesos individuais e os parâmetros amostrais

^b: teste Qui-quadrado de Pearson para diferenças entre frequência e regressão linear para diferença entre as médias.

^c Dificuldade para realizar uma ou mais atividade básica ou instrumental da vida diária.

Tabela 2 – Análise bivariada da associação entre limitação funcional^a, indicadores de uso de serviços de saúde e indicadores de qualidade da assistência médica na última consulta realizada entre participantes da amostra com 60 anos ou mais, segundo a fonte da atenção em saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Indicador	Público				Privado			
	Com limitação		Sem limitação		Com limitação		Sem limitação	
	% ^b	IC95% ^b	% ^b	IC95% ^b	% ^b	IC95% ^b	% ^b	IC95% ^b
Uso de serviços de saúde (n = 23.815)								
Número consultas médicas nos últimos 12 meses								
Nenhuma	12,6	11,4-13,9	23,2	22,0-24,4 ^c	4,8	3,0-7,4	9,9	8,4-11,6 ^c
1-2	24,0	22,3-25,8	31,5	30,1-32,9	20,9	17,6-24,8	33,9	31,3-36,6
≥ 3	63,4	61,4-65,4	45,4	43,8-47,0	74,3	70,2-78,1	56,2	53,4-59,0
Uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses								
	16,2	14,6-18,0	6,4	5,7-7,1 ^c	20,3	16,9-24,1	9,2	7,7-11,0 ^c
Atendimento por médico generalista na última consulta ^d								
	65,7	63,9-70,9	68,3	65,7-70,7	38,5	31,8-45,6	28,9	25,3-32,8 ^c
Possui serviço de saúde ou médico de referência								
	79,1	77,2-80,9	76,9	75,3-78,4	85,3	81,5-88,0	82,9	80,5-85,1
Local que costuma procurar (entre os que possuem serviço ou médico de referência)								
Unidade básica de saúde	59,0	56,1-61,9	62,4	60,3-64,5 ^c	18,2	14,2-23,1	9,8	8,0-11,9 ^c
Consultório ou clínica particular	7,8	6,6-9,2	8,9	7,7-10,2	54,3	49,0-59,5	59,4	55,6-63,2
Serviço de urgência ou emergência	13,5	11,7-15,6	10,7	9,5-12,2	19,9	15,9-24,6	20,9	17,8-24,4
Outro	19,7	17,6-21,9	18,0	16,4-19,6	7,6	5,7-10,1	9,9	7,9-12,3
Qualidade da atenção médica na última consulta (muito boa/boa versus regular/ruim/muito ruim) (n = 9.290)								
Habilidade do médico para tratá-lo(a)	88,6	86,4-90,5	88,5	86,6-90,2	94,5	92,3-96,1	95,2	92,9-96,8
Respeito do médico na maneira de atendê-lo (a)	90,1	87,8-92,0	90,8	89,0-92,4	95,6	92,8-97,3	96,1	94,1-97,4
Clareza nas explicações do médico	83,2	80,1-86,0	85,9	83,7-87,8	92,5	89,4-94,8	93,3	90,9-95,1
Disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema	78,7	75,5-81,5	79,7	77,2-82,0	89,2	85,5-92,0	91,3	88,7-93,4
Possibilidade de falar em privacidade com o médico	83,8	81,0-86,3	84,6	82,4-86,6	91,9	88,8-94,2	92,9	90,3-94,8
Liberdade de escolher o médico	56,0	52,3-59,6	58,2	55,2-61,1	77,7	71,1-83,2	83,6	79,8-86,7
Tempo de espera para ser atendido	59,0	55,4-62,5	62,0	59,3-64,7	73,9	67,8-79,2	72,2	67,7-76,3

^a Dificuldade para realizar uma ou mais atividade básica ou instrumental da vida diária

^b Percentagens e intervalos de confiança de 95% estimados considerando-se os pesos individuais e os parâmetros amostrais

^c p<0,05 para diferenças entre os grupos com e sem limitação funcional (teste Qui-quadrado de Pearson)

^d médico generalista ou médico de família e comunidade ou clínico geral

Tabela 3 – Associação entre limitação funcional^a e indicadores de uso de serviços de saúde e indicadores de qualidade da assistência médica na última consulta realizada entre participantes da amostra com 60 anos ou mais, segundo a fonte da atenção em saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Indicadores	Pública ^b		Privada ^b	
	OR	IC95%	OR	IC95%
Uso de serviços de saúde (n=23.815)				
Número consultas médicas nos últimos 12 meses (<i>versus</i> nenhuma)				
1–2	1,39	1,18-1,63 ^c	1,20	0,69-2,09
≥ 3	2,48	2,13-2,88 ^c	2,56	1,50-4,36 ^c
Uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses	2,58	2,15-3,09 ^c	2,22	1,64-3,00 ^c
Atendimento por médico generalista na última consulta ^d	0,99	0,82-1,29	0,93	0,62-1,38
Possui serviço de saúde ou médico de referência	1,15	1,00-1,32	1,11	0,82-1,52
Local que costuma procurar (entre os que possuem serviço ou médico de referência) (<i>versus</i> outros)				
Unidade básica de saúde	0,88	0,74-1,05	2,01	1,12-3,59 ^c
Consultório ou clínica particular	0,86	0,64-1,14	1,28	0,83-1,97
Serviço de urgência ou emergência	1,18	0,93-1,51	1,36	0,79-2,32
Qualidade da atenção médica na última consulta (muito boa/boa <i>versus</i> regular/ruim/muito ruim) (n=9.290)				
Habilidade do médico para tratá-lo(a)	0,95	0,73-1,23	0,74	0,38-1,42
Respeito do médico na maneira de atendê-lo (a)	0,87	0,65-1,15	0,84	0,41-1,74
Clareza nas explicações do médico	0,76	0,57-1,00	0,80	0,47-1,37
Disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema	0,86	0,67-1,11	0,78	0,48-1,28
Possibilidade de falar em privacidade com o médico	0,87	0,66-1,14	0,73	0,41-1,31
Liberdade de escolher o médico	0,81	0,67-0,99 ^c	0,64	0,38-1,09
Tempo de espera para ser atendido	0,76	0,62-0,93 ^c	0,95	0,63-1,43

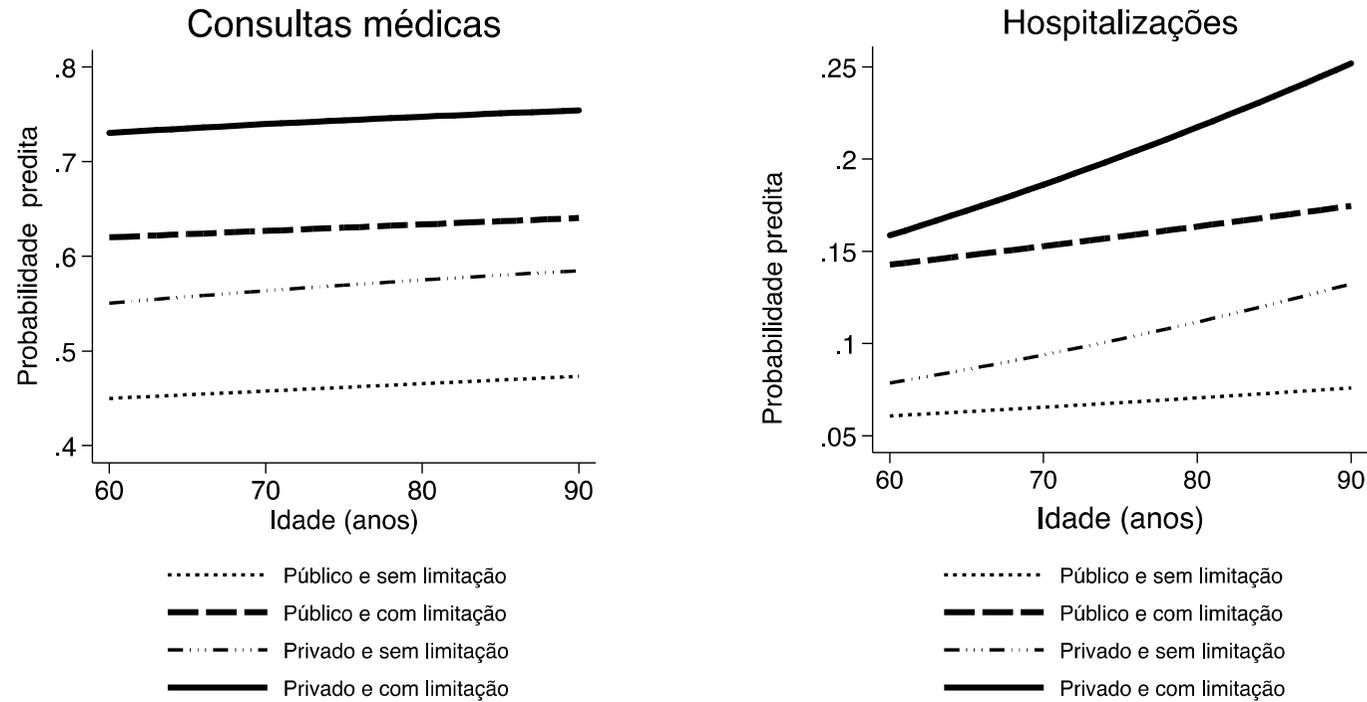
^a Dificuldade para realizar uma ou mais atividade básica ou instrumental da vida diária

^b Odds ratio e intervalo de confiança de 95% ajustado por idade, sexo, residência com o cônjuge ou companheiro e nível de escolaridade e estimados por regressão logística multinomial (número de consultas médicas e local que costuma procurar) e regressão logística binária (demais eventos); a categoria de exposição foi a limitação funcional e as variáveis resposta foram os indicadores de uso e de qualidade do serviço de saúde

^c p<0,05 (teste de Wald)

^d médico generalista ou médico de família e comunidade ou clínico geral

Figura 1 – Probabilidade predita^a da ocorrência de três ou mais consultas médicas e de uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses nas diferentes idades, segundo a limitação funcional^b e a fonte da atenção em saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.



^a modelos ajustados por idade, sexo, residência com o cônjuge ou companheiro(a) e nível de escolaridade e estimados por regressão logística multinomial (número de consultas) e regressão logística binária (hospitalizações)

^b Dificuldade para realizar uma ou mais atividade básica ou instrumental da vida diária.

REFERÊNCIAS

1. Bowen ME, González HM. Racial/ethnic differences in the relationship between the use of health care services and functional disability: the Health and Retirement Study (1992–2004). *Gerontologist*. 2008;48(5):659-67. doi:10.1093/geront/48.5.659.
2. Gong CH, Kendig H, He X. Factors predicting health services use among older people in China: an analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:63. doi:10.1186/s12913-016-1307-8.
3. Wang HH, Shyu YL, Chang HY, Bai YB, Stanaway F, Lin JD, et al. Prevalence, characteristics, and acute care utilization of disabled older adults with an absence of help for activities of daily living: findings from a nationally representative survey. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:28-33. doi:10.1016/j.archger.2016.06.007.
4. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Supl 2:S190-8. doi:10.1590/S0102-311X2004000800014.
5. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973;51(1):95-124.
6. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
7. Macinko J, Lima-Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health*. 2012;17(1):36-42. doi:10.1111/j.1365-3156.2011.02866.x.
8. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, Malta DC. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(2):339-50. doi:10.1590/1413-81232015212.19332015.

9. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(4):1199-207. doi:10.1590/S1413-81232008000400016.
10. Solé-Auró A, Crimmins EM. Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing Soc*. 2014;34(3):495-517. doi:10.1017/S0144686X12001134.
11. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):604-12. doi:10.1590/S0034-89102009005000037.
12. Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2014;30(3):599-610. doi:10.1590/0102-311X00090913.
13. Souza-Junior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):207-16. doi:10.5123/S1679-49742015000200003.
14. Blizzard L, Hosmer DW. The log multinomial regression model for nominal outcomes with more than two attributes. *Biom J*. 2007;49(6):889-902. doi:10.1002/bimj.200610377.
15. Long JS, Freese J. Regression models for categorical dependent variables using stata. 2.ed. College Station, TX: StataCorp LP; 2006.
16. Jeon B, Kwon S, Kim H. Health care utilization by people with disabilities: a longitudinal analysis of the Korea Welfare Panel Study (KoWePS). *Disabil Health J*. 2015;8(3):353-62. doi:10.1016/j.dhjo.2015.01.001.
17. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(12):2657-67. doi:10.1590/S0102-311X2006001200015.

18. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(9):3807-16. doi:10.1590/S1413-81232011001000016.
19. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saude Publica*. 2009;25(6):1337-49. doi:10.1590/S0102-311X2009000600016.
20. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The Influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999–2007. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1963-70. doi:10.2105/AJPH.2010.198887.
21. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):687-707. doi:10.1590/S1413-81232002000400007.
22. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:117. doi:10.1186/1472-6963-9-117.

6 CONCLUSÃO

Não obstante as limitações, esse estudo traz contribuições para o melhor entendimento de como idosos com limitações funcionais usam os serviços de saúde e qual avaliação tem feito em relação às consultas médicas. Apesar da idade, observou-se forte associação entre a limitação funcional, a realização de consultas médicas e a ocorrência de hospitalizações. A força da associação foi semelhante em relação à fonte de atenção, pública ou privada.

A pior avaliação do tempo de espera e da liberdade para escolha do médico assistente por idosos com limitação funcional usuários do sistema público pode ser um indicador de iniquidade e deve ser problematizado do ponto de vista da maior flexibilidade e do estabelecimento de prioridades.

Em função do rápido envelhecimento da população brasileira, espera-se aumento no número de idosos com limitações funcionais. Caso não sejam ampliadas medidas efetivas para promoção da saúde e prevenção nos seus vários níveis, o aumento da demanda por atenção em saúde será inevitável, tanto para o sistema público quanto para o sistema privado de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do paradigma da incapacidade funcional na população idosa brasileira é responsabilidade inadiável por parte do sistema de saúde a fim de ofertar assistência mais qualificada, mais equitativa, com tempo de espera otimizado, menos iatrogênica e mais satisfatória, além de ser fundamental para a própria sustentabilidade econômica do mesmo. Discutir propostas que permitam certa flexibilidade na escolha do médico assistente, pode aumentar a satisfação dos usuários não afiliados a plano privado de saúde e favorecer a cultura de avaliação e qualidade.

Políticas de APS já se mostraram efetivas em otimizar o uso de serviços de saúde e melhorar a qualidade da atenção. Aprofundar nos princípios de facilitação do acesso, de cuidado integral centrado na pessoa, de coordenação e longitudinalidade do cuidado, com orientação para o contexto familiar e comunitário, além de maior estímulo ao desenvolvimento de competência técnica gerontológica entre os profissionais de saúde com ênfase na manutenção da capacidade funcional do idoso, sem esquecer-se da prevenção, em todos os níveis, são propostas desejáveis e vão de encontro às necessidades do sistema e das pessoas nessa faixa etária.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR-PALACIO, I. et al. Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. **Aten Primaria**, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.016> >. Acesso em: 10 dez. 2015.
- ALFRADIQUE M. E. et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP - Brazil). **Cad Saude Publica**. V.25, n.6, p.1337-49, Jun.2009.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007.
- ALVES L. C.; LEITE I. C.; MACHADO C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde colet.**, v.13, n.4, p.1199-207, jul-ago 2008.
- ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q Health Soc**. V. 51, n.1, p.95-124.1973.
- ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v.36, n. 1, p. 1-10, mar. 1995.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Mapa assistencial da saúde suplementar, 2015**. Rio de Janeiro, mai. 2016. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_2016007.pdf >. Acesso em: 11 ago. 2016.
- BLIZZARD L.; HOSMER D.W. The log multinomial regression model for nominal outcomes with more than two attributes. **Biom J.**, v.49, n.6, p.889-902. Dec. 2007. DOI: 10.1002/bimj.200610377
- BOCCOLINI, C. S.; BOCCOLINI, P. M.; DAMACENA, G.N.; FERREIRA, A.P.; SZWARCOWALD C.L. Factors associated with perceived discrimination in health services of Brazil: Results of the Brazilian National Health Survey, 2013. **Cien Saude Colet.**, v.21, n.2, p.371-8, Feb. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015212.19412015.
- BOGNER H. R. et al. Patient satisfaction and perceived quality of care among older adults according to activity limitation stages. **Arch Phys Med Rehabil.**, v.96, n.10, p.1810-19, Oct. 2015. DOI: 10.1016/j.apmr.2015.06.005.
- BOWEN, M. E.; GONZÁLEZ, H. M. Racial/Ethnic Differences in the Relationship Between the Use of Health Care Services and Functional Disability: The Health and Retirement Study (1992–2004), **Gerontologist**, v. 48, n. 5, p. 659–667. Oct. 2008.

BOYD C.M.; XUE Q.L; GURALNIK, J. M.; FRIED L. P. Hospitalization and development of dependence in activities of daily living in a cohort of disabled older women: the women's health and aging study I. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v.60, n.7, p.888-93. Jul.2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado,1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 out. 2006. Disponível em: <
<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF. 2012.

CAMARGOS, M. C. S.; PERPÉTUO, I. H. O.; MACHADO, C.J. Life expectancy with functional disability in elderly persons in São Paulo, Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.17, n.5-6, p. 379-386, May./Jun. 2005.

CHANG, A.; WILLIAMS, B. A. Transforming the care of older adults: knowledge, skills, & system change. In: _____. **Current Diagnosis & Treatment: Geriatrics**. 2nd edition, McGraw-Hill Education, Lange, 2014. Section 1. Chapter 1, p.1-2.

CHEN, C. M., et al. Health-related services use and the onset of functional disability: 10 year follow-up study. **Arch Gerontol Geriatr**. v.58, n.3, p.356-363. May/Jun. 2014.

DIAS, E.G.; DUARTE, Y.A.O.; ALMEIDA, M.H.M.; LEBRÃO, M.L. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v.22, n.1, p.45-51, Jan./Abr. 2011.

DONABEDIAN. A. The evaluation of medical care programs. **Bull N Y Acad Med**, v. 44, n. 2, p. 117-124. Feb.1968.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**. Vol 114, November 1990.

FIALHO, C.B.; LIMA-COSTA, M.F.; GIACOMIN, K.C.; LOYOLA FILHO, A.I. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p.599-610, Mar. 2014.

FREEDMAN, V.A; WOLF, D.A.; SPILLMAN, B.C. Disability-free life expectancy over 30 years: a growing female disadvantage in the US population. **Am J Public Health**., v.106, n.6, p.1079-85, Jun. 2016. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303089

GAUGLER, J.E.; DUVAL, S.; ANDERSON, K.A.; KANE, R.L. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. **BMC Geriatr**., v.19, n.7:13. Jun. 2007. DOI: 10.1186/1471-2318-7-13

GERSCHMAN, S., VEIGA, L., GUIMARÃES, C., UGÁ, M.A., PORTELA, M. C., VASCONCELOS, M.M., BARBOSA, P.R., LIMA, S.M. Consumer satisfaction study in philanthropic hospital health plans. **Cienc Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.487-500, Mar-Apr. 2007.

GIACOMIN K.C.; FIRMO J.O.A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.12, p.3631-40, 2015.

GLOBAL AGE WATCH INDEX, 2015. **Help Age International**. 2015. Disponível em:< <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Brazil>> Acesso em: 14 jan. 2016.

GONG, C. H.; KENDIG, H.; HE, X. Factors predicting health services use among older people in China: an analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013. **BMC Health Serv Res.**, v.16, n.63. Feb. 2016. DOI: 10.1186/s12913-016-1307-8.

GOUVEIA, G.C.; SOUZA W.V.; LUNA, C.F.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.B.; SZWARCOWALD, C.L. Health care user's satisfaction in Brazil, 2003. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.21, p.109-18, Jan. 2005. Suplemento.

GOUVEIA, G.C.; SOUZA, W.V.; LUNA, C.F.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.B. Health care user satisfaction in Pernambuco State, Brazil, 2005. **Cien Saude Colet.**, v.16, n.3, p.1849-61, Mar. 2011.

GULLEY, S.P; ALTMAN, B.M. Disability in two health care systems: access, quality, satisfaction, and physician contacts among working-age Canadians and Americans with disabilities. **Disabil Health J.**, v.1, n.4, p.196–208. Oct. 2008. Doi: 10.1016/j.dhjo.2008.07.006.

HART J.T. The Inverse Care Law. **Lancet**, v.1, n.7696, p.405-12, Feb. 1971.

HAVERCAMP, S.M.; SCOTT, H.M. National health surveillance of adults with disabilities, adults with intellectual and developmental disabilities, and adults with no disabilities. **Disabil Health J.**, v.8, n.2, p.165-72, Apr. 2015. Doi: 10.1016/j.dhjo.2014.11.002.

IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:< <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf> > Acesso em 20 de Jan. 2016.

JEON, B.; KWON, S.; KIM, H. Health care utilization by people with disabilities: A longitudinal analysis of the Korea Welfare Panel Study (KoWePS). **Disabil Health J.**, v.8, n.3, p.353-62, Jul. 2015. DOI: 10.1016/j.dhjo.2015.01.001.

KALACHE. A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, p.217-220, Jul/Set. 1987.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1107-11, 2008.

KATZ, S.; FORD, A.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, M.W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n.12, p.914-19. 1963.

KIM, H. K.; LEE, M. Factors associated with health services utilization between the years 2010 and 2012 in Korea: using Andersen's Behavioral model. **Osong Public Health Res Perspect.**, v.7, n.1, p.18-25, Feb. 2016. DOI: 10.1016/j.phrp.2015.11.007.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**. Washington, v.9, n.3, p.179-86, 1969.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.735-43, Mai./Jun. 2003.

LIMA-COSTA, M. F. F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 700-1, Mai./Jun. 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; PEIXOTO, S.V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 217-228, Out/Dez. 2004.

LIMA-COSTA, M.F.; LOYOLA FILHO, A.I.; MATOS, D.L. Trends in health conditions and use of health services by the Brazilian elderly: a study based on the national household sample survey (1998, 2003). **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2467-78, Out. 2007.

LIMA-COSTA, M.F.; FACCHINI, L.A.; MATOS, D.L; MACINKO, J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). **Rev. Saúde Pública**, v.46, p.100-7, Dec. 2012. Suplemento.

LIMA-COSTA, M.F.; TURCI, M.A.; MACINKO J. A comparison of the Family Health Strategy to other sources of healthcare: utilization and quality of health services in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.29, n.7, p.1370-80, 2013.

LINO, V.T.S.; PEREIRA, S.R.M.; CAMACHO, L.A.B.; FILHO, S.T.R.; BUKSMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.103-12, Jan. 2008.

LOLLAR, D.J.; CREWS, J. E. Redefining the role of public health in disability. **Annu. Rev. Public Health**, v.24, p.195-208, 2003. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.24.100901.140844.

LONG, J.S.; FREESE, J. **Regression model for categorical dependent variables using Stata**. 2nd ed. College Station, TX: StataCorp LP; 2006.

LOYOLA FILHO, A.I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.12, p.2657-67. Dec. 2006. DOI: 10.1590/S0102-311X2006001200015.

MACINKO, J.; OLIVEIRA, V.B.; TURCI, M.A.; GUANAIS, F.C.; BONOLO, P.F.; LIMA-COSTA, M.F. The Influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999–2007. **Am J Public Health**, v.101, n.10, p.1963-70, Oct, 2011. DOI: 10.2105/AJPH.2010.198887.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. **Trop Med Int Health**, v. 17, n.1, p.36-42, Jan. 2012. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2011.02866.x

MALTA, D. C.; LEAL, M.C.; LIMA-COSTA, M.F.; MORAIS NETO, O.L. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v.11, supl.1, p.159-167, Mai. 2008.

MALTA, D.C.; SANTOS, M.A.S.; STOPA, S.R.; VIEIRA, J.E.B.; MELO, E.A.; REIS, A.A.C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.327-38, Fev. 2016.

MENDES, E. V. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília, 2011.

MENDONÇA, C.S.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B.B.; NUNES, L.N., LEIYH, W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, 2011, p.1-8. DOI:10.1093/heapol/czr043.

OCKÉ-REIS, C.O. Gasto privado em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1351-53, Jul. 2015.

OMS. **Rumo a uma Linguagem Comum para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**: CIF. Genebra. 2002.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v.377, n.9779, p.1778-97, May 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PALACIOS-CEÑA, D.; JIMÉNEZ-GARCÍA, R.; HERNÁNDEZ-BARRERA, V.; ALONSO-BLANCO, C.; CARRASCO-GARRIDO, P.; FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C. Has the prevalence of disability increased over the past decade (2000-2007) in elderly people? A Spanish population-based survey. **J Am Med Dir Assoc.**, v.13, n.2, p.136-42. Feb. 2012. DOI: 10.1016/j.jamda.2010.05.007.

PAVÃO, A.L.B; COELI, C.M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.471-82, 2008.

PELTZER, K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. **BMC Health Serv Res.**, v.9, n.117. Jul 2009. DOI: 10.1186/1472-6963-9-117.

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cien Saude Colet.**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

RODRIGUES, M.A.P.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; PANIZ, V.M.V. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.4, p.604-12, Aug. 2009.

SANTOS, I.S.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.M. The public-private mix in the Brazilian health system: financing, delivery and utilization of health services. **Cien Saude Colet.**, v.13, n.5, p.1431-40, Sep-Oct. 2008.

SILVA, Z.P., RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Cien Saude Colet.**, v.16, n.9, p.3807-16, Sep 2011.

SOLÉ-AURÓ, A.; CRIMMINS, E.M. Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. **Ageing Soc**, v.34, n.3, p.495-517. 2014. DOI:10.1017/S0144686X12001134.

SOUZA-JÚNIOR, P.R.B.; FREITAS, M.P.S.; ANTONACI, G.A.; SZWARCOWALD, C.L. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v.24, n.2, p.207-16, Abr-Jun. 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742015000200003.

SZWARCOWALD C.L.; DAMACENA, G.N.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.; ALMEIDA, Wda.S.; MALTA, D.C. Perception of the Brazilian population on medical health care. Brazil, 2013. **Cien Saude Colet.**, v.21, n.2, p.339-50, Feb 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015212.19332015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, p.190-8, 2004. Suplemento 2.

TRAVASSOS, C. Equity in the Brazilian Health Care System: a contribution for debate. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p.325-30, Apr. 1997.

UNITED NATIONS. **Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol**. Geneva, United Nations, 2006. Disponível em: < <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> >. Acesso em 08 abr. 2016.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Population Ageing 2013**. New York, 2013. Disponível em: < <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf> >. Acesso em 10 dez. 2015.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Population Prospects. The 2015 Revision**. Disponível em : < <http://esa.un.org/unpd/wpp/> >. Acesso em 3 dez. 2015.

VERAS, R; PARAHYBA, M.I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2479-89. Out, 2007.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J.C.; NOVAES, H..M.D.; OLIVEIRA, E.S.; PORTO, S.M.; SILVA, L.M.V.; SZWARCOWALD, C.L. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.711-24, Jul/Set. 2004.

WANDERA, S. O.; KWAGALA, B.; NTOZI, J. Determinants of access to healthcare by older persons in Uganda: a cross-sectional study. **Int J Equity Health**, v.14, n.26, Mar. 2015. DOI: 10.1186/s12939-015-0157-z.

WANG, H.H.; SHYU, Y.L.; CHANG, H.Y.; BAI, Y.B.; STANAWAY, F.; LIN, J.D.; LI, C.L. Prevalence, characteristics, and acute care utilization of disabled older adults with an absence of help for activities of daily living: findings from a nationally representative survey. **Arch Gerontol Geriatr**, v.67, p.28-33, Nov-Dec, 2016. DOI: 10.1016/j.archger.2016.06.007

WHO. **Active ageing: a policy framework**. Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, 2002.

APÊNDICE

Revista de Saúde Pública

Decision Letter (RSP-2016-0243.R1)

From: mgoldbau@usp.br

To: alexandre.silva@cpqrr.fiocruz.br, alexmmsilva@yahoo.com.br

CC:

Subject: Revista de Saúde Pública - Decision on Manuscript ID RSP-2016-0243.R1

Body: 16-Oct-2016

Dear Mr. Silva:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional" in its current form for publication in the Revista de Saúde Pública. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Revista de Saúde Pública, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. Moises Goldbaum
Associate Editor, Revista de Saúde Pública
mgoldbau@usp.br

Associate Editor: 1
Comments to the Author:
(There are no comments.)

Entire Scoresheet:

Date Sent: 16-Oct-2016

 Close Window