

Marília Cristina Prado Louvison^I

Maria Lúcia Lebrão^{II}

Yeda Aparecida Oliveira Duarte^{III}

Jair Lício Ferreira Santos^{IV}

Ana Maria Malik^V

Eurivaldo Sampaio de Almeida^{VI}

Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo

Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in São Paulo, Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os fatores relacionados à determinação e às desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde por idosos.

MÉTODOS: Estudo integrante do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), no qual foram entrevistados 2.143 indivíduos com 60 anos ou mais no município de São Paulo, SP, em 2000. A amostra foi obtida em dois estágios, utilizando-se setores censitários com reposição, probabilidade proporcional à população e complementação da amostra de pessoas de 75 anos. Foi mensurado o uso de serviços hospitalares e ambulatoriais nos quatro meses anteriores à entrevista, relacionando-os com fatores de capacidade, necessidade e predisposição (renda total, escolaridade, seguro saúde, morbidade referida, auto-percepção, sexo e idade). O método estatístico utilizado foi regressão logística multivariada.

RESULTADOS: Dos entrevistados, 4,7% referiram ter utilizado a internação hospitalar e 64,4% o atendimento ambulatorial. Dos atendimentos ambulatoriais em serviço público, 24,7% ocorreram em hospital e 24,1% em serviço ambulatorial; dentre os que ocorreram em serviços privados, 14,5% foram em hospital e 33,7% em clínicas. Pela análise multivariada, observou-se associação entre a utilização de serviços e sexo, presença de doenças, auto-percepção de saúde, interação da renda e escolaridade e posse de seguro saúde. A análise isolada com escolaridade apresentou efeito inverso.

CONCLUSÕES: Foram observadas desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde e inadequação do modelo de atenção, indicando necessidade de políticas públicas que levem em conta as especificidades dessa população, facilitem o acesso e possam reduzir essas desigualdades.

DESCRITORES: Saúde do Idoso. Desigualdades em Saúde. Serviços de Saúde, utilização. Hospitalização. Equidade no Acesso. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

^I Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública (FSP). Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento Epidemiologia. FSP/USP. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Escola de Enfermagem/USP. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil

^V Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, SP, Brasil

^{VI} Departamento de Práticas em Saúde Pública. FSP/USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Marília Cristina Prado Louvison
Faculdade de Saúde Pública da USP
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: mariliacpl@usp.br

Recebido: 14/8/2007

Revisado: 8/4/2008

Aprovado: 29/4/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe factors associated to inequalities in access to health care services and utilization for the elderly.

METHODS: Study part of the Health, Well-being and Aging in Latin America and the Caribbean ("SABE") Survey that included 2,143 elderly individuals aged 60 or older in the city of São Paulo, southeastern Brazil, in 2000. A two-step sampling procedure with probability proportional to size was carried out using census tracts with replacement. To achieve the desired number of respondents aged 75 or older, additional households close to the selected census tracts were sampled. Access to health services and utilization were measured for outpatient and hospital services during a 4-month period prior to the interview, and correlated to factors related to ability, need and predisposition (total income, schooling, health insurance, reported medical condition, self-perception, gender and age). Multivariate logistic regression was performed in the analysis.

RESULTS: Of all respondents, 4.7% reported being hospitalized and 64.4% seeking outpatient care in the four months prior to the study. As for public outpatient care provided, 24.7% were in hospital clinics and 24.1% in other public outpatient services. As for private care, 14.5% received care in hospitals and 33.7% in health clinics. The multivariate analysis showed an association between health service utilization and sex, medical condition, self-perceived health, income, schooling, and health insurance. However, an inverse effect was found for the variable "schooling".

CONCLUSIONS: The study results show inequalities in access to health services and utilization as well as a deficient health care system. Public policies should take into account the specific needs of the elderly population to facilitate access to health care services and reduce inequalities.

DESCRIPTORS: Health of the Elderly. Health Inequalities. Health Services, utilization. Hospitalization. Equity in Access. Health Services Needs and Demand.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica e o envelhecimento populacional introduzem grandes desafios às políticas públicas, em particular nos grandes centros urbanos. Nestes, em especial, convive-se com altos graus de pobreza e desigualdades, baixa escolaridade e arranjos domiciliares pouco contínuos. Isso gera necessidade de intervenções mais rápidas e equânimes, além de respostas às novas demandas assistenciais que transcendem os núcleos familiares e os possíveis cuidadores, familiares ou não. As doenças que comumente ocorrem no envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. O idoso utiliza mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias.¹⁹

Ao medir a utilização dos serviços e estudar sua acessibilidade, pode-se, indiretamente, avaliar a equidade de um sistema de saúde. Segundo Whitehead,²² a equidade em saúde é a superação das desigualdades injustas em determinado contexto histórico e social, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam

atendidas por ações governamentais também diferenciadas. Nesse sentido, a iniquidade é considerada uma "desigualdade injusta", desnecessária, que pode ser evitada, daí sua importância para os planejadores e gestores de políticas públicas.

Os indicadores mais adequados para avaliar a existência de desigualdade na atenção à saúde devem estimar a chance de os indivíduos obterem tratamento quando acometidos por alguma doença ou de receberem cuidados específicos de proteção à saúde nos casos tradicionalmente recomendados e permitir quantificar a contribuição das diferenças entre grupos e no interior deles como um índice de desigualdade.^{3,18}

O modelo teórico de utilização de serviços descrito por Andersen^{1,2} agrupa os perfis de consumo em três dimensões: de capacitação, de necessidade e de predisposição. Os fatores de capacitação se referem à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde; diretamente ligados às condições econômicas e à oferta

de serviços: renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados. Os fatores de necessidade estão ligados às percepções subjetivas das pessoas e ao estado de saúde. Os fatores de predisposição referem-se às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde como, por exemplo, as variáveis sociodemográficas e familiares: idade, sexo, nível de escolaridade e raça. Segundo esse modelo, em estudos de desigualdade, o acesso é considerado equitativo quando somente a necessidade determina o uso.

A Organização Pan-Americana de Saúde coordenou um estudo multicêntrico denominado Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)¹⁰ para traçar o perfil dos idosos na América Latina e Caribe. Participaram desse estudo a Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai.

O presente estudo teve por objetivo analisar os fatores relacionados à determinação e às desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde por idosos.

MÉTODOS

No Brasil, a população do estudo SABE foi composta pelos idosos residentes, no ano 2000, no município de São Paulo.

A amostra total de 2.143 idosos foi composta por dois segmentos: o primeiro, resultante de sorteio, correspondeu à amostra probabilística formada por 1.568 entrevistas. O segundo correspondeu ao acréscimo efetuado para compensar a mortalidade na população de maiores de 75 anos e completar o número desejado de entrevistas nesta faixa etária, composto por 575 residentes nos distritos em que se realizaram as entrevistas anteriores. Para sorteio de domicílios usou-se o método de amostragem por conglomerados em dois estágios sob o critério de partilha proporcional ao tamanho. Essa amostra foi tomada do cadastro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1995, composto por 263 setores censitários sorteados sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios. O número mínimo de domicílios sorteados no segundo estágio foi aproximado para 90. Para complementação da amostra de pessoas de 75 anos e mais utilizou-se a localização de moradias próximas aos setores selecionados ou, no máximo, dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados.

Os dados foram colhidos simultaneamente, por meio de entrevistas domiciliares, feitas com um instrumento constituído por 11 blocos temáticos (Projeto SABE¹⁰): dados pessoais, avaliação cognitiva, estado de saúde, estado funcional, medicamentos, uso e acesso aos serviços, rede de apoio familiar e social, história laboral e fontes de ingresso, características da moradia e a antropometria e os testes de flexibilidade e mobilidade.

A maior parte das entrevistas (88%) foi feita diretamente com o idoso, para os demais utilizou-se um proxi-respondente quando o idoso estava impossibilitado de responder às questões por problemas físicos ou cognitivos. A descrição detalhada da metodologia empregada pode ser encontrada em Duarte & Lebrão.¹⁰ Foi considerada como variável dicotômica dependente a utilização ou não de serviços ambulatoriais nos quatro meses anteriores à entrevista. Para a identificação de desigualdades analisou-se a associação com a condição socioeconômica, representada pelos quintis de renda total, categorizando-os em menor renda (sem renda, primeiro e segundo quintis) e maior renda (terceiro, quarto e quinto quintis).

A associação da escolaridade e seguros privados com a renda indicam a capacidade de demandar e consumir serviços de saúde. As variáveis de predisposição consideradas foram sexo e idade. Como variáveis de necessidade de saúde, foram utilizadas a auto-avaliação de saúde e a presença de, pelo menos, uma doença crônica auto referida: hipertensão, diabetes e problema nervoso ou psiquiátrico, todas como variáveis qualitativas dicotômicas.

O método estatístico utilizado foi o da regressão logística multivariada, por passos, procedimento por eliminação (*backwards*). Baseou-se nas frequências ponderadas e a *odds ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95%, ajustada mediante análise de regressão logística múltipla.^{5,8} Foram analisados dados da amostra expandida para a base populacional, na qual cada registro tem peso específico. Após descrição das frequências ponderadas e ajustadas para o efeito do delineamento de amostra complexa, a regressão logística múltipla foi utilizada para investigar a associação independente entre a utilização de serviços ambulatoriais e cada uma das características socioeconômicas e de saúde incluídas no estudo.

O estudo SABE foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

RESULTADOS

A amostra de idosos obtida no SABE representa o universo populacional de 836.204 idosos do município de São Paulo no ano 2000, constituída por 58,6% de mulheres. Destes, 77,9% eram de pessoas idosas com até 75 anos. Observou-se que os idosos do sexo masculino (41,4%) distribuíam-se nas faixas etárias mais novas, pois 19,2% tinham mais de 75 anos.

A maioria dos idosos era brasileira (91,3%), se declarou branca (70,1%), católica (70,9%), morou por mais de cinco anos em zona rural até os 15 anos (62,6%), foi casada (95,1%), teve filhos (89,9%) e não vivia só

Tabela 1. Tipologia de serviço utilizado por idosos que possuíam seguro saúde. São Paulo, SP, 2000.

Seguro saúde	Público %	Privado %	Hospital		Própria casa %	Outro
			Consultório particular %	Clínica pública %		
Seguro social	39,6	2,9	9,9	44,9	1,4	1,3
Outro seguro público	46,8	11,7	31,3	4,0	0,9	5,3
Seguro privado	3,1	41,7	49,2	1,5	0,0	4,4
Plano privado	0,9	28,4	66,9	1,1	1,1	1,6
Nenhum	6,7	9,0	68,5	7,4	0,0	8,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Estudo SABE¹⁰

(86,8%). Com relação à escolaridade, 79,0% freqüentaram escola, 78,3% sabiam ler e escrever um recado, e 56,5% estudaram de um a quatro anos. Dos que foram à escola, 6,1% referiram não saber ler e escrever um recado e dos que referiram saber ler e escrever um recado, 5,2% não freqüentou escola. A população estudada era em grande parte aposentada (48,7%), da qual 23,5% disseram estar trabalhando na semana anterior ao inquérito; 86,3% recebiam algum tipo de recurso financeiro e destes, 66,2% tinham outras pessoas que dependiam deste recurso, com diferenças entre os sexos; 67,5% deles reconheceram não ter recursos suficientes para suas necessidades diárias.

Verificou-se que 46,0% das pessoas idosas auto-avaliaram sua saúde como excelente/muito boa/boa e 54,0% regular/má. A auto-percepção positiva de saúde diminuiu à medida que aumenta o número de doenças referidas. Observou-se que 18,6% dos entrevistados referiram apresentar três ou mais doenças crônicas concomitantes, sendo hipertensão a mais prevalente (53,3%). As

comorbidades foram mais predominantes (21,9%) entre as mulheres longevas (75 anos e mais).

Quanto à posse de seguro saúde, 41,4% são estavam cobertos por um plano e/ou seguro privado de saúde, dos quais 53,4% referiram ter seguro social. O tipo de seguro variou de acordo com a renda e a escolaridade e os idosos com baixa renda e sem escolaridade dependiam mais do seguro público. Os seguros/planos privados não cobriam a totalidade de consultas médicas, tinham baixa cobertura de próteses (4,7%) e de medicamentos (1,3%).

Os idosos que tinham seguro privado referiram sua saúde como melhor (55,7%) em relação aos que tinham apenas seguro público (40%), apesar de apresentarem pequena diferença quanto à presença de pelo menos uma doença crônica (77,7% e 76,1%, respectivamente). A maioria (60,2%) dos idosos vacinou-se contra gripe nos 12 meses anteriores à entrevista, com maior predominância das mulheres (61,3%). Das mulheres,

Tabela 2. Intervalos de tempo referidos pelos idosos para agendamento de consulta, ir ao serviço e ser atendido na última consulta, segundo freqüência à escola. São Paulo, SP, 2000.

Tempo referido		Freqüentou escola					
		Sim		Não		Total	
		N	%	N	%	N	%
Tempo entre solicitação da consulta e atendimento	Menos de 1 mês	2.631	4,0	607	2,8	3.239	3,7
	Menos de 2 meses	36.533	56,0	10.460	47,6	46.993	53,9
	Entre 2 e 4 meses	22.048	33,8	10.285	46,8	32.333	37,1
	4 meses ou mais	3.981	6,1	637	2,9	4.618	5,3
Horas que demorou para chegar ao local da consulta	Menos de 1 hora	-	-	122	0,52	122	0,12
	Menos de 2 horas	65.690	82,54	15.786	67,44	81.476	79,11
	Entre 2 e 4 horas	13.417	16,86	7.134	30,48	20.551	19,95
	4 horas ou mais	479	0,60	367	1,57	845	0,82
Horas que esperou para ser atendido no local da consulta	Menos de 1 hora	2.415	1,7	122	0,2	2.537	1,3
	Menos de 2 horas	81.204	57,1	21.389	42,4	102.593	53,2
	Entre 2 e 4 horas	46.838	32,9	22.961	45,5	69.799	36,2
	4 horas ou mais	11.802	8,3	6.031	11,9	17.833	9,3

Fonte: Estudo SABE¹⁰

43,7% relataram ter realizado exame citológico para prevenção de câncer ginecológico e 38,9% exame de mamografia nos dois anos anteriores à entrevista. Quanto aos homens, 40% referiram realização de exame clínico para prevenção de câncer de próstata nos dois anos anteriores à entrevista.

Os idosos estudados apresentaram altas taxas de utilização de serviços de saúde: 83,3% referiram ter realizado pelo menos uma consulta nos 12 meses anteriores à entrevista, dos quais 4,7% referiram pelo menos uma internação hospitalar; 64,2% referiram a utilização de serviços de saúde ambulatoriais nos quatro meses anteriores à entrevista. Verificou-se que 85,9% dentre os idosos que referiram internação hospitalar o fizeram apenas uma vez.

Os principais motivos citados para a não utilização dos serviços, mesmo precisando, foram relacionados às questões da gravidade da doença, à auto-medicação e, ainda, à qualidade, distância e custo dos serviços. Quando analisados os idosos de menor renda, os motivos citados foram o problema não ser grave, distância e qualidade dos serviços de saúde.

A Tabela 1 mostra a utilização dos serviços nos quatro meses anteriores à entrevista. Em relação aos atendimentos ambulatoriais, não foram observadas diferenças entre atendimento público e privado (24,7% e 24,1% respectivamente), mas entre o local do atendimento, 14,5% ocorreram em hospitais e 33,7% ocorreram em clínicas privadas. Os idosos com menor renda utilizaram mais a clínica e os hospitais públicos enquanto os idosos com maior renda e mulheres mais novas utilizaram mais os consultórios e hospitais privados. As mulheres mais velhas se utilizaram mais de consultórios privados, mesmo nas menores rendas; o hospital privado só foi mais utilizado no quintil de maior renda. O atendimento domiciliar foi pouco referido tanto por quem tinha seguro público quanto privado. Dos que utilizaram os serviços, 40,9% realizaram apenas uma consulta e a média de utilização foi de 2,5 consultas nos

quatro meses anteriores à entrevista. Para a população total, a média foi de 1,6 consultas por idoso nos quatro meses anteriores à entrevista.

Com referência à última consulta ambulatorial, observou-se que os tempos para agendamento de consulta, ir ao serviço e ser atendido na última consulta foram maiores entre os idosos que não freqüentaram escola (Tabela 2). Na última consulta ambulatorial 66,6% referiram a solicitação de exames mas 7,4% não os realizaram; desses, 2,7% não o fizeram por falta de recursos financeiros. Em 62,4% das consultas foram prescritos medicamentos, mas 8,1% referiram não os ter conseguido. O pagamento por exames e consultas foi semelhante, mas para as internações praticamente não ocorreram desembolsos diretos. Na Tabela 3 observa-se que 70% dos medicamentos foram pagos diretamente pelo idoso. Na regressão logística, descrita na Tabela 4, observou-se que o diagnóstico de doenças crônicas e a auto percepção de uma pior condição de saúde foi determinante para o uso de serviços de saúde, independentemente de outras variáveis, inclusive da renda, escolaridade e ter seguro saúde privado.

No modelo de regressão final, a frequência à escola continuou como fator de proteção, ou seja, ter ido à escola diminuiu a chance de usar serviços de saúde, mesmo na presença de outros fatores. A variável renda isolada foi excluída do modelo, sendo utilizada sua interação com escolaridade.

O uso de serviços foi maior em idosos com pior auto-percepção de saúde (OR=1,92), presença de doenças (OR=2,73), seguro de saúde privado (OR=1,57) e sexo feminino (OR=1,55). A presença de diabetes apresentou uma associação mais forte (OR=1,50) que as outras doenças. A escolaridade apresentou comportamento contrário à renda. Apesar de renda, escolaridade e a interação entre elas não terem sido significativas na regressão univariada, interação renda e escolaridade (OR=1,40), assim como ter freqüentado escola (OR=0,66) foram significativas na regressão multivariada.

Tabela 3. Tipo de desembolso realizado pelo idoso ou seu responsável São Paulo, SP, 2000.

Desembolso	Consulta	Exame	Medicamento	Internação
	%	%	%	%
Entrevistado	6,3	6,7	69,8	1,1
Esposo(a)	0,6	0,5	11,0	0,3
Filho(a)	1,9	1,5	16,3	0,9
Outro familiar	0,2	0,1	1,8	0,0
Outra pessoa, não familiar	0,3	0,5	1,1	0,0
Instituição pública	49,2	40,2	0,0	47,9
Seguro privado	41,2	50,5	0,0	49,7
Não sabe/Não respondeu	0,3	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Estudo SABE¹⁰

Tabela 4. Modelo final da análise multivariada do uso de serviços de saúde por idosos, segundo características de predisposição, capacitação e necessidade. São Paulo, SP, 2000.

Característica	Uso de serviços	
	OR (IC 95%)*	OR ajustado (IC 95%)
Predisposição e capacitação		
Sexo		
Masculino	1,00	1,00
Feminino	1,52 (1,23;1,88)	1,55 (1,21;1,98)
Idade		
Menos de 75 anos	1,00	1,00
75 anos e mais	1,04 (0,86;1,25)	0,99 (0,79;1,23)
Escolaridade		
Não freqüentou escola	1,00	1,00
Freqüentou escola	0,78 (0,60;1,00)	0,66 (0,48;0,90)
Renda		
Menor renda (Sem, 1º e 2º quintis)	1,00	1,00
Maior renda (3º, 4º e 5º quintis)	1,04 (0,84;1,29)	1,02 (0,58;1,78)
Interação renda escolaridade		
Menor renda (Sem renda, 1º e 2º quintis) ou não freqüentou escola	1,00	1,00
Maior renda (3º, 4º e 5º quintis) e freqüentou escola	1,03 (0,83;1,27)	1,40 (1,06;1,84)
Posse de seguro privado		
Sem	1,00	1,00
Com	1,36 (1,09;1,69)	1,57 (1,22;2,02)
Necessidade		
Auto-percepção de saúde		
Excelente/boa	1,00	1,00
Regular/má	2,17 (1,76-2,67)	1,92 (1,51;2,44)
Presença de doenças crônicas referidas		
Não	1,00	1,00
Pelo menos uma	3,55 (2,77;4,55)	2,73 (2,06;3,60)
Saúde mental		
Não	1,00	1,00
Sim	1,60 (1,18;2,18)	1,39 (0,98;1,97)
Hipertensão arterial		
Não	1,00	1,00
Sim	2,26 (1,83;2,79)	1,34 (1,00;1,79)
Diabetes		
Não	1,00	1,00
Sim	2,22 (1,64;3,00)	1,50 (1,09;2,08)

* OR ajustada (IC 95%) = *Odds ratio* (intervalo de confiança em nível de 95%) ajustado pela técnica de regressão logística.

Fonte: Estudo SABE¹⁰

DISCUSSÃO

A posse de seguro privado é maior na população idosa com maior renda, maior escolaridade, menor idade e que apresenta melhor situação de saúde. No entanto, evidenciou-se associação entre posse de seguro saúde privado e uso de serviços de saúde, o que traduz desigualdades, independentemente da temporalidade. Em outras palavras, ter seguro de saúde porque usa mais os serviços ou usar mais os serviços porque tem seguro de saúde. As desigualdades em saúde com relação à capacidade de acessar os serviços identificam o movimento da busca, da capacidade do idoso acessar e usar os serviços de saúde conforme sua disponibilidade e necessidade. Essa capacidade está diretamente relacionada, além da renda e escolaridade, à posse de seguro saúde privado, por considerar a disponibilidade da oferta da rede pública e privada. Além disso, outros estudos são importantes no sentido de qualificar o uso, pois a maior utilização não está necessariamente relacionada a uma melhor atenção à saúde do idoso.

As desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer e diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar serviços de saúde. Conforme estudos de desigualdades que utilizaram a base de dados do SABE da América Latina,^{15,21} idosos com pior escolaridade apresentam pior estado de saúde em função de piores hábitos maior exclusão e menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente. No entanto, o uso de serviços de saúde, maior em quem apresenta pior estado de saúde, também sofre a influência da maior ou menos escolaridade.

Assim como na análise dos dados da PNAD 1998 e em outros estudos,^{11,12} as pessoas de menor renda e piores condições de saúde apresentaram menor utilização de serviços de saúde. Os dados da PNAD identificam que a cobertura por plano de saúde é maior para as pessoas que avaliam seu estado de saúde como muito bom e bom e a existência de desigualdades em favor dos mais privilegiados. As chances de procurar serviços de saúde aumentam à medida que os indivíduos envelhecem e não acumulam anos de estudo.¹⁴

No presente estudo, a escolaridade também apresentou um comportamento distinto das outras variáveis, a exemplo de que os que freqüentaram escola utilizaram menos os serviços. Renda e interação de renda e escola foram significativas, ou seja, ter maior renda é determinante do uso mesmo tendo freqüentado escola. Isso pode indicar que freqüentar a escola diminui a necessidade do uso dos serviços, protegendo das desigualdades de acesso determinadas pela renda. Portanto, observou-se que freqüentar escola é, independentemente das características de necessidade, um fator de menor utilização de serviços de saúde. Nesse sentido, a escolaridade não responde, isoladamente, como

característica de condição socioeconômica para estudos de desigualdades no uso de serviços de saúde.

O fato de a escolaridade também ser determinada em fases mais iniciais da vida e não mudar posteriormente pode ser uma desvantagem para utilizá-la em estudos de idosos. César & Pascoal⁴ verificaram que os idosos com até quatro anos de escolaridade utilizam prioritariamente os serviços públicos, primeiramente o hospital, seguido da clínica pública. Noronha & Andrade,¹⁵ comparando os países do Estudo SABE,¹⁰ sugerem a presença de desigualdades sociais em todos eles, favorecendo os grupos socioeconômicos privilegiados. Esses autores referem ainda que a probabilidade de o idoso reportar um melhor estado de saúde é maior entre os mais escolarizados.¹⁵

O diagnóstico de doenças crônicas e a auto percepção de saúde como regular ou má é determinante para o uso de serviços de saúde, independentemente de outras variáveis, inclusive da renda, escolaridade e da posse de seguro saúde privado. O diabetes é a doença auto-referida que manteve significância na determinação do uso de serviços em contrapartida à hipertensão e doença mental, por exemplo, que perderam força na presença das outras variáveis relacionadas. No estudo SABE¹⁰ identificou-se uma redução na prevalência apenas de diabetes na velhice avançada, indicando ocorrência precoce de óbitos. Assim, o diabetes apresenta provável maior gravidade e maior dependência dos serviços de saúde tanto diagnóstica quanto terapêutica.

A tipologia de uso indica pior acesso à rede ambulatorial no momento de maior necessidade, ou seja, para os mais velhos. Os idosos mais pobres utilizaram mais a clínica e os hospitais públicos enquanto os idosos mais ricos utilizaram mais os consultórios e hospitais privados. A relação direta de uso de serviços privados por quem possui seguro privado e de serviços públicos por quem não os possui mostra que o tipo de seguro é determinante para o uso e é utilizado quando disponível. Observou-se menor uso dos serviços entre os homens de 60 a 64 anos, principalmente entre as classes de menor renda. Isso pode indicar uma dificuldade de acesso por ainda estarem inseridos no mercado de trabalho e a organização dos serviços de saúde não estar voltada a essa necessidade.

O maior uso das internações hospitalares nos atendimentos ocorridos nos serviços públicos indica prováveis desigualdades no acesso à consulta e, ao mesmo tempo, mostra que a capacidade de utilização da rede pública pelo idoso pode estar ocorrendo no limite da urgência, do descontrole das doenças crônicas e da menor continência familiar às doenças de maior gravidade. A frequência de internações está relacionada com a auto-referência de doenças crônicas e apresenta pouca associação com renda e escolaridade. A desigualdade no acesso é observada, porém menos evidente que no caso do uso das consultas ambulatoriais, provavelmente por maior impacto dos fatores de necessidade. Entre os

que relataram não possuir seguro, nenhuma internação foi citada, podendo indicar a total ausência de acesso a serviços por esses idosos. A taxa de reinternação de 14,1% nos quatro meses anteriores à entrevista é semelhante à observada na população geral, vista na PNAD 2003, que foi de 20,7%, para as internações ocorridas no último ano.

O presente estudo mostra que os idosos brasileiros apresentam altas taxas de utilização de serviços de saúde. O uso de serviços de saúde no último ano (83,3%) foi pouco maior que a PNAD 2003 que identificou 79,5% para maiores de 65 anos. A população de 60 a 65 anos pode explicar essa diferença, pois apresenta alta utilização de serviços de saúde, além do fato de que os dados do SABE¹¹ referem-se à cidade de São Paulo.

No município de São Paulo, durante o período do estudo, estava em funcionamento o Plano de Assistência à Saúde (PAS) com foco no pronto-atendimento de urgência e não na estruturação da rede de cuidados às doenças crônicas. Não se observa uma reorganização da atenção adequada à mudança epidemiológica que tenha ênfase na atenção às doenças crônicas.¹⁶ A equidade dos sistemas de saúde é um direito do cidadão, que possibilita a igualdade no acesso à atenção à saúde, mediante necessidades semelhantes. Em saúde, as mesmas necessidades devem pressupor a utilização dos serviços de saúde, dadas determinadas condições de acesso. No entanto, observa-se que o acesso à saúde tende a ser pior para aqueles em piores condições socioeconômicas.⁶

Em ambos setores, público e privado, é necessário o desenvolvimento de modelos de atenção voltados às necessidades dos idosos, que permita identificação de demandas, criação de serviços, estabelecimento de redes intersetoriais e gestão integrada dos cuidados crônicos.^{8,20} A efetiva implementação de redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com centralidade na atenção básica, permite a ampliação do acesso e o uso regular de serviços de saúde com equidade.

Considerando o direito universal à saúde, a redução das desigualdades deve ser política pública prioritária e pressupõe ampliação de acesso à rede ambulatorial e domiciliar com financiamento adequado, regulamentação e capacitação nos seus vários níveis de complexidade, ajustados às necessidades dos idosos, tanto na rede pública quanto na rede privada.¹³ Em política defendida pelo SUS e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o fortalecimento da atenção primária amplia o acesso e permite aos idosos viverem na sociedade sem pressões para institucionalizações em equipamentos sociais e de saúde, o que não interessa a ninguém, tampouco à própria sociedade.⁹ Além disso, é necessário enfrentar a fragmentação dos equipamentos de saúde e sociais com estabelecimento de redes de atenção integral e com aumento da capacidade de regulação do Estado, em busca de uma verdadeira rede de suporte social com foco na equidade e na integralidade e que considerem o envelhecimento populacional.¹⁷

Em conclusão, a associação de renda, escolaridade, sexo e morbidade referida traduz a grande necessidade e a baixa capacidade de utilização de serviços de saúde pelos idosos, de acordo com o Modelo de Andersen, e indica presença de desigualdades no uso e acesso aos

serviços de saúde. A relação dos idosos com os serviços de saúde é intensa, podendo traduzir injustiças e inadequações que impactam na qualidade de vida dessa população e que, por sua vez, depende de políticas públicas integradas e efetivas.

REFERÊNCIAS

- Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1973;51(1):95-124.
- Branch L, Jette AM, Evashwick C, Polansky M, Rowe G, Diehr P. Toward understanding elder's health service utilization. *J Community Health.* 1981;7(2):80-92.
- Cairney J, Arnold R. Social class, health and ageing: Socioeconomic determinants of self-reported morbidity among non institutionalized elderly in Canada. *Can J Public Health.* 1996;87(3):199-203.
- César CLG, Pascoal SMP. Uso de serviços de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizador. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 227-38.
- Concato J, Feinstein AR, Holford TR. The risk of determining risk with multivariate models. *Ann Int Med.* 1993;118(3):201-10.
- Drachler ML, Cortes SMV, Castro JD, Carvalho JC. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdades em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Cienc Saude Coletiva.* 2003;8(2):461-70. doi:10.1590/S1413-81232003000200011
- Duarte YAO, Lebrão ML. O Cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. *Mundo Saúde.* 2005;29(4):566-74
- Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. New York: John Wiley & Sons; 1989.
- Kalache A. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Pós-fácio. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2503-505. doi:10.1590/S0102-311X2007001000024
- Lebrão ML, Duarte YAO, organizador. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil. Um estudo utilizando dados da pesquisa Nacional por amostras de domicílios – PNAD/98. *Cienc Saude Coletiva.* 2002;7(4):813-24. doi:10.1590/S1413-81232002000400015
- Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JO, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saude Publica.* 2002;18(1):177-86. doi:10.1590/S0102-311X2002000100018
- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):745-57. doi:10.1590/S0102-311X2003000300007
- Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2002;18(Supl):77-87. doi:10.1590/S0102-311X2002000700009
- Noronha KV, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):410-8. doi:10.1590/S1020-49892005000500013
- Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília; 2003.
- Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde da Região Metropolitana de São Paulo. *Cienc Saude Coletiva.* 2007;12(2):351-62. doi:10.1590/S1413-81232007000200011
- Silva NN, Pedrosa GC, Puccini RF, Furlani WJ. Social inequalities and health services use: evidences from a stratified household survey. *Rev Saude Publica.* 2000;34(1):44-9. doi:10.1590/S0034-89102000000100009
- Veras RP. Terceira Idade. Gestão Contemporânea em Saúde. Relume-Dumará; 2002.
- Veras R, Parahyba ML. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2479-89. doi:10.1590/S0102-311X2007001000022
- Wallace SP, Gutiérrez VF. La equidad del acceso de adultos mayores a la atención de salud en cuatro grandes ciudades latinoamericanas. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):394-409. doi:10.1590/S1020-49892005000500012
- Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv.* 1992;22(3):429-45.