

DIFICULDADE DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Difficulty in health service utilization among non- institutionalized elderly

Jéssica Santos Rocha Silva¹

Élen Débora Souza Vieira¹

Sara Magalhães Medeiros¹

Jair de Almeida Carneiro²

Gizele Cármem Fagundes³

Ana Teresa Fernandes Barbosa³

Antônio Prates Caldeira⁴

Resumo: Objetivo: Avaliar dificuldade em utilização de serviços de saúde entre idosos não institucionalizados, buscando identificar fatores associados. **Métodos:** Estudo transversal, analítico, de base populacional, cujos dados foram coletados entre maio e julho de 2013, em visitas domiciliares. Foi aplicado um questionário com variáveis sociodemográficas, comorbidades, utilização de serviços de saúde e percepção sobre o acesso. Para análise estatística, as variáveis foram dicotomizadas. Conduziram-se análises bivariadas (teste qui-quadrado de Pearson) adotando-se nível de significância menor que 0,25 para inclusão das variáveis independentes no modelo múltiplo. O modelo final foi gerado por meio de análise de regressão de Poisson, com variância robusta, e as variáveis mantidas apresentaram associação com dificuldade de utilização dos serviços de saúde até o nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$). **Resultados:** O relato de dificuldades para utilização do principal serviço de saúde foi apontado por 43,3% dos idosos pesquisados. As variáveis independentes associadas foram: renda familiar menor ou igual a dois salários mínimos (RP=2,32; IC95%=1,64-3,28), autopercepção negativa da saúde (RP=1,63; IC95%=1,15-2,33), presença de sintomas depressivos (PR=2,52; IC95%=1,71-3,71), autorrelato de diabetes (RP=1,55; IC95%=1,03-2,34) e autorrelato de artrite/artrose/reumatismo (RP=1,79; IC95%=1,22-2,64). **Conclusões:** Uma elevada proporção de idosos percebem dificuldades para utilização dos serviços de saúde, especialmente aqueles com baixa renda familiar e com afecções que demandam maior acesso aos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Idosos; Serviços de Saúde/Utilização; Desigualdades em Saúde.

1 Graduanda em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

2 Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

3 Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

4 Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Abstract: Objective: To evaluate the difficulty in using health services among non-institutionalized elderly, seeking to identify associated factors. **Methods:** A cross-sectional, analytical, population-based study was conducted from May to July, 2013, by home visits. A questionnaire with sociodemographic variables, comorbidities, use of health services and perception about that access was applied. For statistical analysis, the variables were dichotomized. We conducted bivariate analyzes (Pearson's chi-square test), adopting a level of significance lower than 0.25 for inclusion of the independent variables in the multiple model. The final model was generated by Poisson regression analysis, with robust variance, and the variables maintained were associated with difficulty in using the health services until the level of significance of 0.05 ($p < 0.05$). **Results:** The report of difficulties to use health services was indicated by 43.3% of the surveyed elderly. The independent variables associated were: family income less than or equal to two minimum wages (PR = 2.32, 95% CI = 1.64-3.28), negative self-perception of health (PR = 1.63, 95% CI = 1.15-2.33), presence of depressive symptoms (PR = 2.52, 95% CI = 1.71-3.71), self-report diabetes (RP = 1.55, 95% CI = 1.03-2.34) and self-report arthritis/arthrosis/rheumatism (PR = 1.79, 95% CI = 1.22-2.64). **Conclusions:** A high proportion of elderly people perceive difficulties to use health services, especially those with low family income and conditions that demand greater access to health care.

Keywords: Aged; Health Service Use; Health inequalities.

INTRODUÇÃO

O acelerado processo de envelhecimento da população brasileira representa um grande desafio para o setor de saúde¹. De modo geral, os idosos são grandes usuários dos serviços de saúde, demandam maiores cuidados e suas internações hospitalares costumam ser mais frequentes e prolongadas se comparadas a outras faixas etárias, conforme apontam alguns estudos²⁻⁴. O aumento da população idosa pressupõe, pois, um expressivo aumento no consumo dos serviços de saúde e deve-se ter em mente ainda que as doenças, que comumente ocorrem no envelhecimento, têm cada vez mais relevância e impacto na sociedade como um todo. Esse fenômeno traz consigo grandes repercussões sociais e destaca a necessidade de adaptações do sistema de saúde para garantir qualidade de acesso e utilização dos serviços pelos idosos.

Acesso e utilização são conceitos bastante próximos e interligados. Em uma revisão desses conceitos, os pesquisadores registram que o acesso se relaciona a características da oferta de serviços, enquanto a utilização representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde⁵. Assim, a utilização ou uso dos serviços de saúde existe em decorrência do acesso, mas não em função exclusiva desses serviços. As autoras observam que fatores individuais e contextuais também têm influência sobre a utilização.

Em alguns estudos sobre o tema, outros autores têm avaliado o acesso e utilização como variáveis resultantes da interação entre a capacidade de um indivíduo para procurar e receber os serviços de saúde (associadas, por exemplo, a renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados)

e a necessidade de buscar os serviços de saúde (presença de comorbidades, autoavaliação de saúde etc.)^{4,6,7}. Esse aspecto reitera a necessidade de se conhecer mais profundamente as características de acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos.

Estudos que avaliaram o acesso e utilização dos serviços de saúde pela população idosa no Brasil destacam que determinantes de acesso aos serviços de saúde estão diretamente relacionados às características das comunidades, aos seus aspectos sociodemográficos e culturais^{4,6,8,9}. Nesse contexto, é relevante destacar que o norte de Minas Gerais, uma das regiões mais pobres do país e com várias cidades com índices de desenvolvimento humano entre os mais baixos do estado, carece de estudos relacionados a esse tema. Pesquisas sobre o tema na região podem apontar caminhos para gestores de saúde, possibilitando o planejamento de políticas públicas que visem à ampliação do acesso, que possam facilitar a utilização e melhorar a qualidade dos serviços de saúde na região. O presente estudo teve como objetivo avaliar a dificuldade em utilização de serviços de saúde entre idosos não institucionalizados em uma cidade polo da região norte de Minas Gerais.

MÉTODOS

Este estudo é parte de uma análise das condições de saúde de idosos não institucionalizados, residentes no norte de Minas Gerais e foi conduzido no principal polo urbano da região. Trata-se de estudo transversal, de base populacional, cujos dados foram coletados entre maio e julho de 2013, por meio de visitas domiciliares.

O processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerados e em dois estágios. No primeiro

estágio, utilizou-se como unidade amostral o setor censitário e foram selecionados aleatoriamente 42 setores censitários, entre os 362 setores urbanos do município. No segundo estágio, definiu-se o número de domicílios, segundo a densidade populacional de indivíduos com idade ≥ 60 anos. Nesta etapa, os setores com maior número de idosos tiveram mais domicílios alocados, de forma a produzir uma amostra mais representativa.

O número total de idosos alocados, para o estudo, considerou uma prevalência conservadora de 50% para os eventos estudados, uma população estimada de 30.790 idosos (segundo dados do IBGE), uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Considerando tratar-se de uma amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (*deff*) de 1,5 e acrescido de 20% para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de pessoas, para o estudo definido pelo cálculo amostral, foi de 684 pessoas.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos e ser residente na área selecionada. Os critérios de exclusão foram: incapacidade cognitiva para responder ao formulário, segundo a avaliação da família; déficit auditivo não corrigido que impedia o entendimento das perguntas e recusa à participação na pesquisa por parte do idoso ou de seus familiares. Foram consideradas perdas os idosos não disponíveis em pelo menos três visitas, em dias e horários diferentes, mesmo com agendamento prévio.

A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso por entrevistadores de nível superior, previamente treinados, e que percorreram os setores censitários a partir de um ponto previamente definido por sorteio. O instrumento de coleta de dados utilizado foi baseado no inquérito Vigitel, do Ministério da Saúde, que foi previamente utilizado em um estudo piloto em um setor censitário especialmente sorteado para verificar, na prática, a

compreensão dos entrevistados e a habilidade dos entrevistadores. Esses dados não foram incluídos na análise final¹⁰.

Foram avaliadas, de forma descritiva, as características demográficas e socioeconômicas do grupo, as variáveis relacionadas aos cuidados de saúde e as variáveis relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Também, avaliou-se a percepção de dificuldade para utilização do serviço de saúde mais utilizado, por meio da questão "*O(a) Sr(a). tem alguma dificuldade para usar seu principal serviço de saúde, quando necessário?*". A resposta a esta questão foi tomada como variável dependente.

As variáveis independentes estudadas foram: gênero, idade, cor da pele autorreferida, situação conjugal, arranjo familiar (condição de residir sozinho ou com outras pessoas), escolaridade, renda familiar, prática religiosa, categoria do principal tipo de serviço de saúde utilizado, plano de saúde, internações prévias, presença de morbidades crônicas autorreferidas (hipertensão, cardiopatias, diabetes mellitus, artrite/artrose/reumatismo, osteoporose e incontinência urinária), autopercepção do estado de saúde, presença de fragilidade (aferida pela *Edmonton Frail Scale*) e presença de sintomas depressivos (segundo a *Geriatric Depression Scale*, em sua versão de 15 itens – GDS-15).

A associação estatística foi investigada, inicialmente, por meio de análises bivariadas, e, posteriormente, por meio de análise de regressão de Poisson, com variância robusta, sendo que nesta última etapa a análise foi conduzida a partir das variáveis previamente associadas até o nível de 25% ($p < 0,25$). Foram, então, calculadas as Razões de Prevalência (RP) e mantidas no modelo final as variáveis que apresentaram associação com o registro de dificuldades para o atendimento em serviços de saúde até o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Todos os dados coletados foram analisados

por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros e aprovado mediante o parecer do processo de nº 173397. Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e apresentaram sua anuência, através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando o idoso não podia ou sabia assinar, registrava a digital no termo de consentimento ou alguém da família assinava o termo, consentindo a entrevista para co-

leta de dados.

RESULTADOS

A amostra de idosos do estudo foi de 686 indivíduos. Destes, 445 (64,9%) eram do sexo feminino. A idade do grupo variou de 60 a 98 anos, com média de 70,9 anos (DP \pm 8,08). A maioria se declarou parda (57,1%), casada ou em união estável (51,3%) e apenas 23,7% referiram escolaridade superior a quatro anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos não institucionalizados; 2013.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	445	64,9
Masculino	241	35,1
Idade		
60 a 69 anos	341	49,8
70 a 79 anos	238	34,7
Mais de 80 anos	107	15,5
Cor da pele		
Parda	392	57,1
Preta	65	9,5
Branca	215	31,3
Amarela	14	2
Situação conjugal		
Solteiro	46	6,7
Casado/união estável	352	51,3
Divorciado/separado	54	7,9
Víuvo	234	34,1
Religião		
Católica	476	69,4
Evangélica	193	28,1
Espírita	3	0,4
Nenhuma	13	1,9
Outra	1	0,1
Prática religiosa		
Sim	562	81,8
Não	124	18,2

Continuação da tabela 1.

Variável	n	%
Escolaridade		
Não estudou	179	26,1
1 a 4 anos	343	50,2
Arranjo familiar		
Mora sozinho	82	12
Mora somente com o cônjuge	119	17,4
Mora com outros familiares	481	70,2
Mora com não familiares	4	0,4
Renda familiar		
≤ 1 salário mínimo	196	28,6
1 a 2 salários mínimos	226	32,9
> 2 salários mínimos	264	38,5

Sobre a morbidade autorreferida, 486 (70,8%) idosos declararam-se hipertensos, 271 (39,5%) informaram que tinham osteoporose e 241 (35,1%) que tinham artrite, artrose ou reumatismo. A aplicação da escala de depressão geriátrica revelou que 201 idosos (29,3%) apresentavam sintomas depressivos e a escala de fragilidade de Edmonton identificou que 396 idosos (57,7%) tinham algum grau de fragilidade. A autopercepção de saúde foi positiva (“Muito boa” ou “Boa”) para 291 (42,4%) dos entrevistados (Tabela 2).

Tabela 2 - Morbidade referida e utilização dos serviços de saúde por idosos não institucionalizados; 2013

Variável	n	%
Morbidade autorreferida*		
Hipertensão	486	70,8
Problema cardíaco	164	22,3
Diabetes	152	22,3
Artrite/artrose/reumatismo	241	35,1
Osteoporose	171	24,9
Incontinência urinária	194	28,3
Sintomas depressivos (GDS-15)		
Sim	201	29,3
Não	485	70,7
Fragilidade (Escala de Edmonton)		
Sem qualquer fragilidade	290	42,3
Com algum grau de fragilidade	396	57,7
Procura por serviços de saúde nos últimos 12 meses		
Nenhuma	34	7,3
1 a 5 vezes	403	58,7
Mais que 5 vezes	249	36,3
Serviços de saúde mais utilizados*		
Unidade Básica de Saúde	500	40,7
Pronto Atendimento/ Hospital SUS	340	27,7
Centro de Especialidades/Policlínicas	150	12,2
Consultório Particular	129	10,5
Pronto Atendimento/ Hospital Particular	110	9,0

Continuação da tabela 2.

Variável	n	%
Categoria dos serviços de saúde mais utilizados		
SUS	472	68,8
Particular	29	4,2
Convênio (Plano de saúde)	120	17,5
Não sabe informar	65	9,5
Possui plano de saúde		
Sim	234	34,1
Não	452	65,9
Internações nos últimos 12 meses		
Nenhuma	564	82,2
Uma	72	10,5
Mais de uma	50	7,3
Realização de consulta médica nos últimos 12 meses		
Sim	617	89,9
Não	69	10,1
Autopercepção da saúde		
Muito boa	30	4,4
Boa	261	38,0
Regular	302	44,0
Ruim	84	12,2
Muito ruim	9	1,3

(*) A soma dos percentuais é maior devido ao fato de uma mesma pessoa referir mais de uma condição.

Os serviços de saúde mais utilizados foram as Unidades Básicas de Saúde (40,7%), e, conseqüentemente, a utilização de serviços particulares ou por meio de seguros de saúde (convênios) foi referida como a mais procurada por 149 (21,7%) idosos. O registro de internações para os 12 meses anteriores à pesquisa foi feito por 122 (17,8%) idosos (Tabela 2).

O registro de dificuldades para utilização do principal serviço de saúde foi apontado por 297 (43,3%) idosos. As principais dificuldades referidas para utilização dos serviços de saúde incluíam falta de recursos financeiros, falta de companhia, percepção de que o serviço era ruim, dificuldades com transporte, barreiras geográficas e arquitetônicas. O tempo de espera para atendimento na unidade de

saúde não foi apontado pelos entrevistados como aspecto negativo para sua utilização.

As tabelas 3 e 4 apresentam os resultados das associações investigadas, com resultados das Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas. Após análise multivariada, permaneceram, como variáveis associadas, a percepção de dificuldades para utilização dos serviços de saúde: renda familiar menor ou igual a dois salários mínimos (RP=2,32; IC95%=1,64-3,28), autopercepção negativa da saúde (RP=1,63; IC95%=1,15-2,33), presença de sintomas depressivos (RP=2,52; IC95%=1,71-3,71), autorrelato de diabetes (RP=1,55; IC95%=1,03-2,34) e autorrelato de artrite/artrose/reumatismo (RP=1,79; IC95%=1,22-2,64)

Tabela 3 - Análise entre variáveis demográficas e socioeconômicas e dificuldades em utilização dos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados; 2013.

Variável	Dificuldade de acesso		p-valor	RP bruta (IC _{95%})	RP ajustada (IC _{95%})	
	Sim	Não				
	(n)	(%)	(n)	(%)		
Sexo					0,236	
Feminino	200	67,3	245	63,0	1,12(0,93-1,34)	1,26 (0,91-1,75)
Masculino	97	32,7	144	37,0		1,0
Idade					0,058	
≥ 80 anos	37	12,5	69	17,7	0,78 (0,59-1,03)	0,68 (0,43-1,06)
< 80 anos	260	87,5	320	82,3		1,0
Escolaridade					0,278	
≤4 anos	232	78,1	290	74,6	1,12 (0,91-1,39)	-
>4 anos	65	21,9	99	25,4		
Renda familiar					0,000	
≤ 2 SM	214	72,1	208	53,5	1,61 (1,32-1,97)	2,32 (1,64-3,28)*
> 2 SM	83	27,9	181	46,5		1,0
Arranjo familiar					0,191	
Mora só	30	10,1	52	13,4	0,83 (0,61-1,12)	0,69 (0,42-1,15)
Acompanhado	267	89,9	337	86,6		1,0
Estado civil					0,478	
Solteiro (a) **	140	47,1	194	49,9	0,94 (0,79-1,12)	-
União estável	157	52,9	195	50,1		
Cor da pele					0,208	
Não branca	212	71,4	259	66,6	1,14 (0,94-1,38)	1,20 (0,86-1,69)
Branca	85	28,6	130	33,4		1,0
Prática religiosa					0,461	
Não	50	16,8	74	19,0	0,92(0,73-1,16)	-
Sim	247	83,2	315	81,0		

(RP = Razão de prevalências)

(*) Estatisticamente significativa

(**) Inclui todos os que não têm vida conjugal.

Tabela 4 - Análise entre variáveis relacionadas à saúde e dificuldades em utilização dos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados; 2013

Variável	Dificuldade de acesso		p-valor	RP bruta (IC _{95%})	RP ajustada (IC _{95%})	
	Sim	Não				
	(n)	(%)	(n)	(%)		
Autopercepção da saúde					0,000	
Negativa	199	67,0	196	50,4	1,50 (1,24-1,81)	1,63 (1,15-2,33)*
Positiva	98	33,0	193	49,6		
Internação					0,205	
Sim	42	14,1	69	17,7	0,85 (0,66-1,10)	0,72 (0,45-1,15)
Não	255	85,9	320	82,3		

Continuação da tabela 4

Variável	Dificuldade de acesso		p-valor	RP bruta (IC _{95%})	RP ajustada (IC _{95%})
	Sim	Não			
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Sintomas depressivos					0,000
Sim	117	39,4	84	21,6	1,57 (1,33-1,85) 2,52 (1,71-3,71)*
Não	180	60,6	305	78,4	
Fragilidade					0,047
Sim	118	39,7	126	32,4	1,19 (1,01-1,42) 1,00 (0,64-1,58)
Não	179	60,3	263	67,6	
Incontinência					0,100
Sim	94	31,6	100	25,8	1,17(0,98-1,40) 1,15 (0,77-1,72)
Não	203	68,4	288	74,2	
Hipertensão					0,957
Sim	210	70,9	276	71,1	0,99 (0,82-1,20) -
Não	86	29,1	112	28,9	
Diabetes					0,170
Sim	59	19,9	94	24,4	1,11 (0,96-1,29) 1,55 (1,03-2,34)*
Não	237	80,1	292	75,6	
Artrite/Artrose/Reumatismo					0,000
Sim	132	44,9	109		1,46 (1,23-1,72) 1,79 (1,22-2,64)*
Não	162	55,1	269		
Problema cardíaco		0,0			0,796
Sim	69	23,9	95		0,97 (0,79-1,19) -
Não	220	76,1	289		
Osteoporose		0,0			0,028
Sim	86	30,1	85		1,24 (1,03-1,49) 1,09 (0,71-1,69)
Não	200	69,9	292		
Polifarmácia					
Sim	72	24,2	89	22,9	1,04 (0,85-1,27) -
Não	225	75,8	299	77,1	
Plano de saúde		0,0			0,009
Não	212	71,4	240	61,9	1,29(1,06-1,56) 1,28 (0,90-1,81)
Sim	85	28,6	148	38,1	

(RP = Razão de prevalências)

(*) Estatisticamente significante

DISCUSSÃO

A percepção de dificuldade para utilização dos serviços de saúde, embora seja uma medida subjetiva, tem o potencial de revelar o olhar dos usuários sobre os cuidados de saúde. No presente estudo, uma elevada proporção de idosos registrou

dificuldades para utilização dos serviços de saúde, o que é particularmente relevante, por se tratar de uma população reconhecidamente vulnerável em relação às próprias condições de saúde^{1,11}. De modo geral, os idosos são grandes usuários dos serviços de saúde, em decorrência de suas condições de fragilidade e de morbidades associadas⁷.

Os determinantes da utilização de serviços

de saúde, de modo geral, se relacionam às necessidades percebidas de saúde, características próprias dos usuários e dos serviços e prestadores de saúde⁵. O conceito de acesso é particularmente complexo e o termo é utilizado de forma diferente segundo vários autores e ao longo do tempo. Segundo alguns autores o termo acesso é empregado como sinônimo de utilização dos serviços de saúde, todavia, existem aspectos distintos para a avaliação do acesso¹². Esses autores destacam que a utilização caracteriza a efetivação do acesso aos serviços, sendo um indicador mais próximo do desempenho dos sistemas de saúde. Assim, considerando a potencial dificuldade de compreensão do conceito de acesso para a população estudada, este estudo avaliou apenas a percepção de dificuldade para utilização efetiva dos serviços, o que representa um conceito mais concreto e de mais fácil compreensão.

Alguns autores avaliam a utilização de serviços de saúde baseada em indicadores específicos. Um estudo conduzido na região metropolitana de Belo Horizonte, por exemplo, utilizou o número de consultas médicas, consultas domiciliares e hospitalizações como critérios para utilização¹³. Outros estudos abordam a utilização a partir de uma dimensão específica do *Primary Care Assessment Tool* – PCATool¹⁴. Percebe-se, assim, que não há uniformidade no processo de análise da utilização dos serviços de saúde, o que representa uma dificuldade para análise comparativa da literatura e destaca a necessidade de mais estudos na área.

As principais dificuldades para utilização de serviços de saúde entre os idosos avaliados destacam aspectos socioeconômicos (falta de recursos financeiros, dificuldades com o transporte), familiares (falta de companhia) e pessoais (dificuldades com barreiras geográficas e arquitetônicas), além da percepção de que o serviço era ruim ou não atendia suas expectativas. Em estudo conduzido no Nordeste do Brasil, resultados similares foram apontados, com destaque para as barreiras

arquitetônicas, dificuldades de transporte e tempo de espera¹⁵. Barreiras geográficas, também, foram apontadas em estudo conduzido em Salvador-BA, no qual os autores destacam a necessidade de melhoria da acessibilidade organizacional dos serviços de saúde, com melhoria do acolhimento e tomada de medidas intersetoriais⁹.

No presente estudo, uma maior percepção de dificuldade para utilização dos serviços de saúde esteve associada à variável renda familiar mais baixa, autopercepção negativa da saúde, presença de sintomas depressivos e autorrelato de diabetes e artrite/artrose/reumatismo. Em relação à renda familiar, outros estudos registraram associação entre maior utilização e renda baixa^{3,6,8,16}. Estudo realizado no Sul do Brasil revelou que essa é uma associação complexa, pois, embora não tenham sido observadas diferenças no uso de serviços de saúde em associação com variáveis socioeconômicas, foram evidenciadas desigualdades no acesso e na qualidade da atenção à saúde¹².

É natural assumir que uma maior necessidade de utilização desvele a percepção de maiores dificuldades. Esse fato pode justificar outras associações com maior dificuldade de utilização, que foram observadas neste estudo: autopercepção negativa da saúde e a presença de sintomas depressivos, pois ambas as condições se associam com uma maior utilização dos serviços de saúde^{4,6,17}.

O autorrelato de diabetes e de artrite/artrose/reumatismo, também, foram variáveis que se mantiveram no modelo final, destacando uma percepção negativa acerca da utilização dos serviços de saúde para as pessoas portadoras dessas condições crônicas no grupo estudado. A observação de que existe uma associação estreita entre as doenças crônicas e maior utilização dos serviços de saúde já é bastante conhecida^{2,4,6,18,19}. Estudo conduzido com idosos na Colômbia também mostrou a mesma associação²⁰.

A associação de fatores econômicos, relacionados às próprias condições de saúde identificados neste estudo, como a autopercepção negativa da saúde e o autorrelato de condições crônicas, podem traduzir uma indesejável e incômoda situação de inequidade na atenção à saúde de pessoas idosas na população estudada. Esse resultado destaca a necessidade imediata de revisão dos processos de trabalho na rede de assistência à pessoa idosa, conforme já apontado por outros autores⁷.

Embora existam diretrizes específicas e uma política de atenção à saúde que define prioridade para a pessoa idosa no âmbito do SUS, essa não tem sido a realidade observada.

Os resultados do presente estudo, ainda que considerados à luz de algumas limitações (variáveis autorreferidas e estudo transversal), não devem ser desconsiderados. Mas devem, sim, ser tomados como elementos de transformação das práticas de organização dos serviços às pessoas idosas e mais vulneráveis.

CONCLUSÃO

O relato de dificuldades para utilização do principal serviço de saúde foi apontado por uma elevada proporção de idosos pesquisados. As variáveis independentes associadas foram a renda familiar menor ou igual a dois salários mínimos, a autopercepção negativa em relação à saúde, a presença de sintomas depressivos e o autorrelato de doenças crônicas (diabetes e artrite/artrose/reumatismo). Esses resultados destacam a necessidade de reflexão por parte dos gestores de saúde em relação ao provimento de maior acesso aos cuidados de saúde para os idosos.

REFERÊNCIAS

1. Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo, demandas, desafios e inovações (2009). *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554.
2. Lima-Costa, M.F.; Loyola-Filho, A.I.; Matos, D.L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) (2007). *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2467-2478.
3. Pagotto, V.; Silveira, E.A.; Velasco, W. D. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS (2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 3061-3070.
4. Paskulin, L.M.G.; Valer, D.B.; Vianna, L.A.C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil) (2011). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2935-2944.
5. Travassos, C.; Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde (2004). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Sup 2), S190-S198.
6. Louvison, M.C.P.; Lebrão, M.L.; Duarte, Y.A.O.; Santos, J.L.F.; Malik, A.M.; Almeida, E.A. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo (2008). *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 733-740.
7. Pilger, C.; Menon, U.M.; Mathias, T.A.F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade (2013). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 213-220.

8. Fernandes, L.C.L.; Bertoldi, A.D.; Barros, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família (2009). *Revista de Saúde Pública* 43(4), 595-603.
9. Oliveira, L.S.; Almeida, L.G.N.; Oliveira, M.A.S.; Gil, G.B.; Cunha, A.B.O.; Medina, M.G.; Pereira, R.A.G. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador (2012). *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 3047-3056.
10. Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Vigitel 2010. Brasília: Ministério da Saúde.
11. Campolina, A.G.; Adami, F.; Santos, J.L.F.; Lebrão, M.L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas (2013). *Cadernos de Saúde Pública*, 29(6), 1217-1229.
12. Nunes, B.P.; Thumé, E.; Tomasi, E.; Duro, S.M.S.; Facchini, L.A. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde (2014). *Revista de Saúde Pública*, 48(6), 968-976.
13. Fialho, C.B.; Lima-Costa, M.F.; Giacomini, 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 (2014). *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 599-610.
14. Reis, R.S.; Coimbra, L.C.; Silva, A.A.M.; Santos, A.M.; Alves, M.T.S.S.B.; Lamy, Z.C.; Ribeiro, S.V.O.; Dias, M.S.A.; Silva R.A. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários (2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3321-3331.
15. Amaral, F.L.J.S.; Motta, M.H.A.; Silva, L.P.G.; Alves, S.B. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde (2012). *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2991-3001.
16. Bastos, G.A.N.; Del Duca, G.P.; Hallal, P.C.; Santos, I.S. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil (2011). *Revista de Saúde Pública*, 45(3), 475-484.
17. Costa, L.S. (2010). Avaliação, impacto e rastreamento de sintomas depressivos em serviços de saúde. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.
18. Bastos, G.A.N.; Harzheim, E.; Sousa, A.I. Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil (2014). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(3), 409-420.
19. Acosta, A.M.; Lima, M.A.D.S. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento (2015). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2):337-344.
20. Melguizo-Herrera, E.; Castillo-Ávila, I.Y. Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia (2012). *Revista de salud pública*, 14(5), 765-775.