

**Universidade Federal de Juiz de Fora**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Viviane do Amaral Soares

**Acesso e utilização de serviços de saúde por idosos do município de Juiz de Fora – MG**

Juiz de Fora  
2018

Viviane do Amaral Soares

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS DO  
MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA – MG**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira

Juiz de Fora

2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Soares, Viviane do Amaral.

Acesso e utilização de serviços de saúde por idosos de Juiz de Fora-MG. / Viviane do Amaral Soares. -- 2018.

164 f. : il.

Orientadora: Maria Teresa Bustamante Teixeira

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Saúde do Idoso. 2. Idosos. 3. Envelhecimento. 4. Acesso aos serviços de saúde. 5. Uso de serviços de saúde. I. Teixeira, Maria Teresa Bustamante, orient. II. Título.

VIVIANE DO AMARAL SOARES

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS DO  
MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA – MG.**

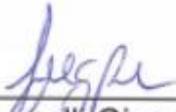
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 23/05/2018.



---

Maria Teresa Bustamante Teixeira – UFJF



---

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin - UFRGS



---

Luiz Cláudio Ribeiro - UFJF

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela oportunidade dada, por me dar força e iluminar o meu caminho nessa trajetória, colocando pessoas maravilhosas em minha vida, que me ajudaram a conseguir chegar até aqui.

Aos meus pais, Selma e Ormali, e meu irmão, Anderson, pelo amor e apoio incondicional, por sempre acreditarem em mim e me estimularem a crescer profissionalmente. Obrigada, mãe, por compreender minhas ausências e preocupações no dia-a-dia. Saiba que suas palavras de incentivo e de que “tudo daria certo” me confortaram diversas vezes. Família é a base de tudo que somos e este título que obtenho hoje foi também vitória de vocês.

À minha orientadora, Teíta, que acreditou que eu era capaz de desenvolver este estudo e me acompanhou nessa jornada, com seus ensinamentos, apoio e paciência. Meu muito obrigada!

Aos meus colegas de turma do mestrado, pelo aprendizado nos debates em sala de aula e companhia nesta caminhada. Em especial aos meus queridíssimos *coffe friends*, Amanda, Leillani, Márcio e Tatiana, pela amizade, carinho, companheirismo, risadas e desabafos. Sem vocês o caminho teria sido muito mais difícil.

À minha amiga Priscila Wermelinger, pela ajuda desde a época do processo seletivo e durante todo o mestrado. Obrigada pela amizade, carinho e pelo apoio em todos os momentos.

Às queridas Carla Generoso e Angélica Atala, que generosamente me ajudaram no início deste processo.

Ao professor Ronaldo Bastos, que participou da qualificação com contribuições importantes para o desenvolvimento do trabalho.

Aos professores Luiz Cláudio Ribeiro e Lisiane Paskulin, pela contribuição para o bom desenvolvimento deste trabalho, com ensinamentos valiosos, enriquecendo meu conhecimento. Ao professor Luiz Cláudio agradeço, ainda, a grande ajuda no processo de análise estatística dos dados, com sua paciência, amizade e carinho.

Aos professores do mestrado, pelos ensinamentos e valiosa contribuição para minha vida acadêmica.

À equipe do NATES, pela acolhida, simpatia e disponibilidade em ajudar.

A Adriana Fagundes, Jurema Oliveira e Verônica Mendonça, pelo incentivo. Associar trabalho e mestrado é uma tarefa difícil e vocês foram fundamentais para que esta parceria desse certo.

A todos os meus amigos, que compreenderam as ausências, me incentivaram nos momentos difíceis e torceram por mim. Aline e Janice, obrigada pela paciência e por me ouvirem falar de dissertação quase todos os dias nos últimos meses! O carinho e a amizade de todos vocês fizeram a diferença.

À Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, que autorizou a coleta de dados e aos idosos que participaram da pesquisa, permitindo o desenvolvimento do estudo.

A todos que, de alguma forma, estiveram presentes durante esta trajetória e contribuíram para que este sonho fosse realizado.

Muito obrigada!

“Eu sei que o meu trabalho é uma gota no oceano, mas  
sem ele o oceano seria menor.”

Madre Teresa de Calcutá

## RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade observada mundialmente. O novo perfil demográfico aumenta a necessidade de serviços de saúde e, conseqüentemente, a ampliação de sua oferta. O acesso depende do estabelecimento e operacionalização de políticas públicas para a saúde do idoso e a capacitação de recursos humanos para esta área. Considerando o impacto do envelhecimento populacional sobre os sistemas de saúde, é necessária a adoção de medidas direcionadas e mais eficazes pelos gestores públicos para atender a demanda desta população. O objetivo deste estudo é verificar a prevalência do acesso e utilização de consulta médica e internação hospitalar e fatores associados em idosos da Zona Norte do Município de Juiz de Fora-MG. Trata-se de um estudo transversal, realizado através de inquérito domiciliar, com amostra representativa da população, composta por 400 idosos de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, não institucionalizados, residentes na Zona Norte do município. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2014 e março de 2015, por meio de questionário semiestruturado. Foram analisadas características sociodemográficas, perfil de saúde, hábitos de vida e utilização de serviços de saúde pelos idosos. Os dados foram analisados através do *software* Stata 11.0 com emprego de pesos amostrais. A análise dos dois desfechos foi baseada no modelo teórico de determinação com blocos hierarquizados de variáveis para controle dos possíveis fatores de confusão. Estes blocos foram baseados no Modelo Comportamental de Andersen para utilização de serviços de saúde, compreendendo fatores predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde. Foram calculadas as prevalências e utilizada a regressão de Poisson, considerando nível de significância de 5%. A prevalência de uso de consulta médica nos últimos 3 meses foi de 76,5% e associou-se ao seu menor uso: estar na classe econômica C/D/E, raça/cor amarelo ou indígena, ser vulnerável à fragilidade e residir em área de UBS tradicional. O maior uso esteve associado à participação em grupos educativos pelo SUS. A prevalência de internação hospitalar no último ano foi de 22,9%, estando associado ao maior uso deste serviço: ter um cuidador e ser da classe econômica C/D/E. O menor uso esteve associado a faixa-etária 70-79 anos, ser idoso não frágil ou vulnerável. Conclui-se que os idosos do estudo tiveram acesso aos serviços de consulta médica e internação hospitalar, porém ressalta-se a necessidade de maior atenção aos de classe econômica mais baixa, vulneráveis quanto à fragilidade, raça/cor amarelo ou indígena e residentes em áreas de UBS tradicional, para que lhes seja assegurado o acesso equitativo aos serviços de saúde.

**Palavras-chaves:** Saúde do Idoso. Idosos. Envelhecimento. Acesso aos Serviços de Saúde. Uso de Serviços de Saúde. Equidade no acesso. Inquérito domiciliar.

## ABSTRACT

Ageing population is a global phenomenon. The new demographic profile increases the need of health services and, consequently, the expansion of its offering. Access depends on establishing and implementing public health policies for the elderly and training the workforce in this field. The impact of population growth on health systems requires the adoption of targeted and more precise measures through efforts to meet the demand of this population. The aim of the present study is to verify the prevalence of access and use of medical consultations and hospitalisations by the elderly in the northern area of the city of Juiz de Fora-MG, as well as the associated factors. This is a cross-sectional study, conducted through a household survey, with a representative sample of the population, consisting of 400 non-institutionalised elderly residents of the northern area of the city, of both genders, aged 60 plus. Data collection was performed between October 2014 and March 2015, using a semi-structured questionnaire. Sociodemographic characteristics, health profiles, lifestyles, patterns of access and use of health services by the elderly were analysed. Data were analysed using the software Stata 11.0 and sample weights. The analysis of both outcomes was based on a theoretical determination model, with hierarchical blocks of variables to control potential confounding factors. These blocks were based on Andersen's behavioural model of health services use, comprising predisposing factors, enabling factors and health needs. Prevalence rates were calculated and Poisson regression was used, considering a 5% significance level. The prevalence of medical consultation use in the last 3 months was 76.5%. Associated with the lower use was: being from the economic classes C/D/E, being of Asian or indigenous races, being vulnerable in terms of fragility, and residing in an area with a traditional primary healthcare unit. Greater use was associated with the participation in educational groups provided by the national health system (SUS). The prevalence of hospitalisation in the last year was 22.9%. Associated with the greater use of this service was: having a caregiver and being from the economic classes C/D/E. Lower use was associated with the 70-79 age group, non-fragile and non-vulnerable. The conclusion is that the elderly studied had access to medical consultation and hospitalisation services, however, it is important to stress the need for greater attention to those of lower economic classes, vulnerable in terms of fragility, of Asian or indigenous races, and those residing in areas with a traditional primary healthcare unit, so that they are ensured equal access to health services.

Key words: Health of the elderly. Elderly. Access to healthcare. Health service accessibility. Health service utilization. Access to health service. Use of health services. Equity of access.

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 – Fluxo de eventos entre a necessidade e obtenção dos cuidados de Frenk.....	40
QUADRO 2 – Renda familiar por classes. ABEP, 2008.....	64
QUADRO 3 – Operacionalização das variáveis independentes utilizadas no estudo.....	70
QUADRO 4 – Operacionalização das variáveis dependentes do estudo.....	75

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Proporção da população de 60 anos ou mais de idade, por país, 2015.....	21
FIGURA 2 - Pirâmide etária brasileira no ano de 2010.....	22
FIGURA 3 – Pirâmide etária brasileira, projeção para 2050.....	23
FIGURA 4 – Distribuição da população de Juiz de Fora por faixa etária, 2000-2010.....	24
FIGURA 5 – Percentual de crescimento da população de Juiz de Fora, por faixa etária, 2000-2010.....	24
FIGURA 6 – Modelo de Andersen - fase final ou emergente.....	44
FIGURA 7 – Organograma representando a formação da amostra de 2014.....	61
FIGURA 8 – Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre a prevalência de acesso e utilização de serviços de saúde, em blocos hierarquizados.....	77
GRÁFICO 1 – Distribuição dos idosos, segundo as comorbidades autorreferidas, agrupadas de acordo com a etiologia, 2015.....	83
GRÁFICO 2 – Distribuição dos idosos (%) segundo referência aos serviços que utilizam do SUS, 2015.....	88

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Países com mais de 10 milhões de habitantes (em 2002) e com maior proporção de pessoas acima de 60 anos.....	21
TABELA 2 – Número absoluto de pessoas (em milhões) acima de 60 anos de idade em países com população total perto ou acima de 100 milhões (em 2002).....	22
TABELA 3 – Descrição das variáveis demográficas e socioeconômicas dos idosos, Juiz de Fora, 2015.....	78
TABELA 4 – Distribuição dos idosos por sexo, segundo as características demográficas e socioeconômicas, Juiz de Fora, 2015.....	79
TABELA 5 – Distribuição dos idosos segundo faixa etária, de acordo com as características demográficas e socioeconômicas, Juiz de Fora, 2015.....	80
TABELA 6 – Descrição do perfil de saúde dos idosos, Juiz de Fora, 2015.....	81
TABELA 7 – Autopercepção de saúde em porcentagem, segundo características comorbidade referida, fragilidade, capacidade funcional e aspectos sociodemográficos dos idosos, Juiz de Fora, 2015.....	83
TABELA 8 – Hábitos de vida dos idosos, Juiz de Fora, 2015.....	85
TABELA 9 – Distribuição dos idosos, segundo a posse de seguro de saúde privado e o serviço que utilizam pelo SUS, Juiz de Fora, 2015.....	86
TABELA 10 – Descrição do acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos, Juiz de Fora, 2015.....	88
TABELA 11 – Razões de prevalência de consultas por idosos, segundo fatores predisponentes e capacitantes do Modelo Comportamental de Andersen, 2015.....	89
TABELA 12 – Razões de prevalência de consultas por idosos, segundo variáveis referentes às necessidades em saúde, conforme Modelo Comportamental de Andersen, 2015.....	91
TABELA 13 – Modelo I: razões brutas e ajustadas de prevalência de consulta médica nos últimos três meses , de acordo com os fatores predisponentes e capacitantes, entre os idosos da Zona Norte, Juiz de Fora, 2015.....	92
TABELA 14 – Modelo II: razões brutas e ajustadas de prevalência de consulta médica nos últimos três meses entre os idosos, Juiz de Fora, 2015.....	93
TABELA 15 – Razões de prevalência bruta de internação hospitalar por idosos, segundo variáveis referentes às necessidades em saúde, conforme Modelo Comportamental de Andersen, 2015.....	94
TABELA 16 – Razões de prevalência bruta de internação hospitalar por idosos, segundo variáveis referentes as necessidades em saúde, conforme Modelo Comportamental de Andersen, 2015.....	96

TABELA 17 – Modelo I: razões brutas e ajustadas de prevalência de internação hospitalar no último ano, considerando os fatores predisponentes e capacitantes, entre os idosos da Zona Norte, Juiz de Fora, 2015.....	97
TABELA 18 – Modelo II: razões brutas e ajustadas de prevalência de internação hospitalar no último ano, incluindo as necessidades em saúde, entre os idosos da Zona Norte, Juiz de Fora, 2015.....	98

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIS	Ações Integradas de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CCEB	Critério de Classificação Econômica do Brasil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EFE	Escala de Fragilidade de Edmonton
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIBRA	Fragilidade em Idosos Brasileiros
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IE	Índice de Envelhecimento
INAMPS	Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NHIS	National Health Insurance Scheme
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PHQ	Patient Health Questionnaire
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SESC	Serviço Social do Comércio
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUDS	Sistema Unificado e descentralizado de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE SÍMBOLOS

% por cento

< menor

> maior

$\leq$  menor ou igual

$\geq$  maior ou igual

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	21
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL .....	21
2.2 ENVELHECIMENTO .....	
<b>2.1.1 Políticas de Saúde para população idosa</b> .....	27
2.2 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL .....	31
<b>2.2.1 Saúde Pública no Brasil: o surgimento do SUS</b> .....	31
2.3 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	37
<b>2.3.1 Conceitos</b> .....	37
<b>2.3.2 Barreiras ao Acesso</b> .....	45
2.3.2.1 Barreira Geográfica .....	45
2.3.2.2 Barreiras Financeiras .....	48
2.3.2.3 Barreiras organizacionais .....	49
2.3.2.4 Barreiras de informação.....	50
2.3.3 Acesso e Utilização de serviços de saúde por idosos .....	51
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	57
3.1 OBJETIVO GERAL.....	57
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	57
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	58
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	58
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	58
4.3 AMOSTRAGEM E POPULAÇÃO .....	59
<b>4.3.1 Primeira fase da amostra</b> .....	59
<b>4.3.2 Segunda fase: amostra atual</b> .....	59
4.4 COLETA DE DADOS .....	61
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	62
<b>4.5.1 Mini Exame do Estado Mental</b> .....	62
<b>4.5.2 Patient Health Questionnaire (PHQ-4)</b> .....	64
<b>4.5.3 Critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ( ABEP)</b> .....	65
<b>4.5.4 Escala de Fragilidade de Edmonton</b> .....	66
<b>4.5.5 Escala de Lawton e Brody</b> .....	67
<b>4.5.6 AUDIT-C</b> .....	68
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	69
<b>4.6.1 Variáveis dependentes</b> .....	69
<b>4.6.2 Variáveis independentes</b> .....	69
4.6.2.1 Variáveis Sociodemográficas .....	69
4.6.2.2 Perfil de Saúde.....	70
4.6.2.3 Autopercepção de Saúde .....	70
4.7 ANÁLISE DOS DADOS .....	76
4.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	77
<b>5 RESULTADOS</b> .....	78
5.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA DOS IDOSOS .....	78
5.2 PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS .....	81
5.3 HÁBITOS DE VIDA .....	84
5.4 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	85
5.5 CONSULTA MÉDICA .....	89
5.6 INTERNAÇÃO HOSPITALAR .....	93
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	99

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	116
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	118
<b>ANEXOS</b> .....	140

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade observada mundialmente. Resulta principalmente do declínio da fecundidade e não somente da mortalidade, como indica o senso comum. Esta mudança iniciou-se no final do século XIX em países da Europa Ocidental, espalhando-se, no século passado, pelos países desenvolvidos e, nas últimas décadas, entre os países em desenvolvimento, como o Brasil. Considera-se que, no Brasil, este processo será mais rápido e com mudanças mais profundas em comparação aos outros países, pois o declínio da fecundidade deu-se em ritmo mais acelerado e origina-se de uma população mais jovem (CARVALHO, GARCIA, 2003).

Em 2012, 810 milhões de pessoas no mundo tinham 60 anos ou mais, correspondendo a 11,5% da população (WHO, 2015). Estima-se que até 2050, o número de idosos no mundo chegue a 2 bilhões (WHO, 2011). De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios contínua, em 2017 os idosos correspondiam a 14,6% da população brasileira (IBGE, 2017a). Em Juiz de Fora, este percentual correspondia a 13,6% no ano de 2010 (UFJF, 2012). A projeção da expectativa de vida para a população brasileira subiu para 75,8 anos em 2016, sendo três meses e onze dias maior do que no ano de 2015 (IBGE, 2017b).

O aumento do consumo de serviços de saúde pela população idosa decorre especialmente das doenças crônicas presentes nesta população e pelos cuidados de saúde necessários, em função da incapacidade e do processo degenerativo, que acarretam em necessidades permanentes de atenção à saúde (LIMA-COSTA, 2009). No ano de 2017, 32,3% (2.922.563) das internações hospitalares no Brasil foram de pessoas acima de 60 anos, sendo as doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias as causas majoritárias de internação (DATASUS, 2017). As mesmas causas foram detectadas como principal motivo de óbito nessa população em 2016 (DATASUS, 2016).

O aumento da expectativa de vida só deve ser considerado uma real conquista a partir do momento em que se tenha qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, 2009). Apesar deste aumento, não necessariamente as pessoas estão saudáveis ou com sua capacidade funcional preservada, dependendo de terceiros para suas atividades rotineiras. Diante disto, o desafio para as políticas públicas apresenta-se na necessidade de ações e serviços que promovam uma vida ativa e digna (WONG, CARVALHO, PERPÉTUO, 2009), levando em consideração o idoso em sua integralidade. Para isso são indispensáveis políticas fortes que

abranjam a previdência, assistência social e saúde (WONG, CARVALHO, PERPÉTUO, 2009), possibilitando a atuação nos diversos contextos sociais e na elaboração de novos significados para a vida no envelhecimento (VERAS, 2009).

Os problemas de saúde entre os idosos são um desafio para os sistemas de saúde e seguridade social. Em uma perspectiva internacional, o envelhecimento acentua as desigualdades entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Essa desigualdade é também verificada dentro de um mesmo país, sobretudo em países em desenvolvimento. Diferente dos países desenvolvidos, que se tornaram ricos antes de envelhecer, os países em desenvolvimento envelhecem antes de enriquecerem (KALACHE, 2008).

Tais desigualdades se manifestam nos níveis de saúde desta população, conforme demonstrado na literatura. Ser idoso e com baixo nível socioeconômico está relacionado com piores condições de saúde, piores condições físicas e desigualdade no uso dos serviços de saúde (LOUVISON et al, 2008; WALLACE, GUTIÉRREZ, 2005; NORONHA, ANDRADE, 2005; LIMA-COSTA et al, 2003; PINHEIRO, TRAVASSOS, 1999).

A demanda por serviços de saúde, segundo Zucchi, Nero, Malik (2000) está relacionada a fatores de natureza diversa: a necessidade sentida, constituindo-se no elemento primordial para a demanda por serviços de saúde; fatores psicossociais (feminização da procura por serviços, nível de instrução); seguridade social, considerando que acentua o consumo por deixá-lo menos oneroso aos indivíduos; demografia (aumento da população e envelhecimento); epidemiologia (mudança no padrão de doenças); utilização dos serviços, influenciada por fatores socioculturais, organizacionais, relacionados ao prestador e consumidor; regulamentação e fatores culturais.

No contexto do acesso aos serviços de saúde, é importante ressaltar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentados pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, como: a universalidade, entendida como garantia de atenção à saúde a todo cidadão; a equidade, que garante a todas as pessoas o acesso às ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade do sistema, em igualdade de condições; e a integralidade, que identifica que cada indivíduo é um ser biopsicossocial indivisível e assim deve ser tratado, com o intuito de promover, proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 1990a).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, vem reforçar a Lei Orgânica de Saúde quanto às redes de atenção em seu artigo 8º, estabelecendo que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço” (BRASIL, 2011, p.1). O modelo de atenção em saúde praticado anteriormente, tinha a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde e atualmente é praticado como um

círculo. O círculo traduz a idéia de múltiplas alternativas de entrada e saída, sem hierarquização, com a indispensabilidade de qualificação de todas as portas de entradas (atenção primária, serviços de urgência, hospitais, entre outros), com o intuito de acolher e reconhecer os grupos vulneráveis da população e organizá-los, de modo a garantir o acesso de todos ao atendimento mais adequado para cada caso (CECÍLIO, 1997).

O conceito de acesso é complexo, com diferentes abordagens, segundo vários autores. Para Travassos, Oliveira e Viacava (2006), acesso é a possibilidade do uso dos serviços de saúde quando necessário e a utilização dos serviços é entendida como qualquer contato direto ou indireto com os serviços de saúde, sendo influenciada por necessidades de saúde, valores e preferências de cada indivíduo (TRAVASSOS, VIACAVA, 2007). Considerando o uso dos serviços de saúde uma expressão positiva do acesso (TRAVASSOS, VIACAVA, 2007), o presente estudo analisou a utilização de consulta médica e internação hospitalar pelos idosos.

O Ministério da Saúde ao longo dos anos demonstrou preocupação crescente com a saúde da população idosa, expressas no Estatuto do Idoso, na Política Nacional da Pessoa Idosa e no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c). Este último, em 2006, considera, no Pacto pela Vida, o idoso como uma das prioridades e especifica diretrizes como: promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada, estímulo às ações intersetoriais para a integralidade da atenção, implantação de serviços de atenção domiciliar, acolhimento preferencial em unidades de saúde, recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção ao idoso, dentre outros (BRASIL, 2006c).

Porém, assegurar o acesso a saúde expresso em tais documentos requer financiamento público adequado. O percentual de gasto com saúde pelo Brasil em 2013 foi de 48,2%, enquanto países com sistema universal comprometem mais de 70% do gasto total em saúde com seus sistemas públicos. Esta situação pode vir a se agravar diante da PEC 241/2016, de autoria do Poder Executivo, que limita os gastos públicos por 20 anos, incluindo os gastos com saúde. O Orçamento do Ministério da Saúde será reajustado somente pela apuração da inflação, desconsiderando o impacto do envelhecimento populacional e necessidades de saúde da população e de expansão da rede pública para cobrir áreas sem assistência. Além disso, não haverá investimentos nas áreas sociais (REIS et al, 2016).

A literatura aponta que o novo perfil demográfico aumenta a necessidade de serviços e conseqüentemente requer a ampliação de sua oferta. Demonstra, ainda, que existem diversas barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde por esta população, devido a entraves geográficos, econômicos, sociodemográficos, culturais ou funcionais (CABRELLI et al, 2014; SILVA et al, 2012; PASKULIN, VALER, VIANNA, 2011; FERNANDES, 2010; OLIVEIRA et al, 2010; CRUZ, MURAI, 2009; RODRIGUES et al, 2009).

A Epidemiologia é um dos eixos disciplinares da Saúde Coletiva e seu uso nos sistemas e serviços de saúde tem um importante papel na construção de conhecimentos para a tomada de decisões na elaboração de políticas de saúde, na organização do sistema e em intervenções para a resolução de problemas (TIGRE et al, 1990). Vale ressaltar que o objeto da Saúde Coletiva é resultante de uma soma de “olhares” e métodos abordados por profissionais de diferentes disciplinas e práticas (LUZ, 2009).

Não foram encontrados estudos, em Juiz de Fora, que avaliem o acesso e utilização de serviços de saúde por idosos e sua relação com o perfil de saúde e características sociodemográficas. Tal fato aponta para a necessidade do conhecimento da realidade no município, que tem um percentual importante de idosos em seu território.

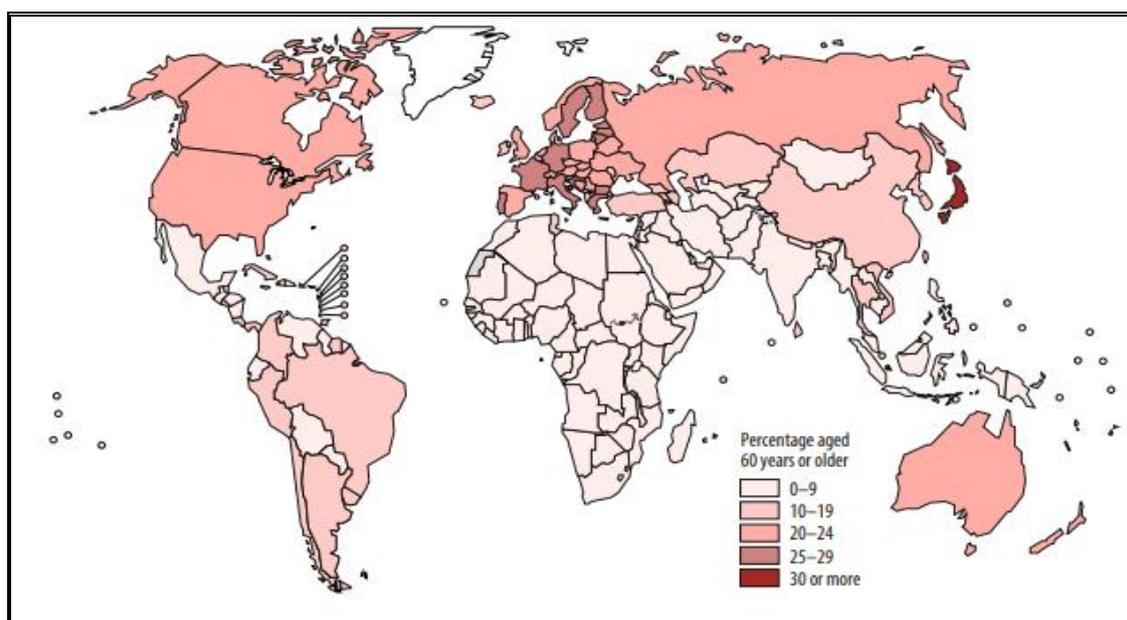
Considerando o impacto do envelhecimento populacional sobre os sistemas de saúde e necessidade do planejamento de estratégias eficazes para atendimento das demandas desta população, o conhecimento sobre o perfil de saúde, acesso e utilização de serviços pelos idosos favorece a adoção de medidas direcionadas e, em consequência, mais eficazes pelos gestores públicos. Espera-se que, por meio deste estudo e com o conhecimento da realidade do município, seja possível fomentar discussões que conduzam para as soluções dos problemas identificados.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento de uma população está relacionado à redução do quantitativo de crianças e jovens e ao aumento no número de pessoas com mais de 60 anos. Percebe-se uma queda abrupta nas taxas de fecundidade em todo o mundo. Estimativas mostram que até 2025, vinte países terão as taxas de fecundidade total abaixo do nível considerado de reposição (duas crianças por mulher) (OMS, 2005).

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e torna-se cada vez mais uma questão política emergente pelo crescimento acelerado no qual vem ocorrendo. Em 2012, 810 milhões de pessoas no mundo tinham 60 anos ou mais, correspondendo a 11,5% da população. O Japão apresenta mais de 30% de sua população composta por idosos e estima-se que até meados do século, países da Europa, América do Norte, bem como, Chile, República Islâmica do Irã, República da Coreia, Federação Russa, Tailândia e Vietnã atinjam proporção semelhante (WHO, 2015; FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Estima-se que até 2050, o número de idosos no mundo chegue a 2 bilhões e que a porcentagem de crianças menores de 15 anos passe de 26% para 20% (WHO, 2011). A proporção da população com 60 anos ou mais por país no ano de 2015 pode ser vista na Figura 1.



**Figura 1. Proporção da população de 60 anos ou mais de idade, por país, 2015**

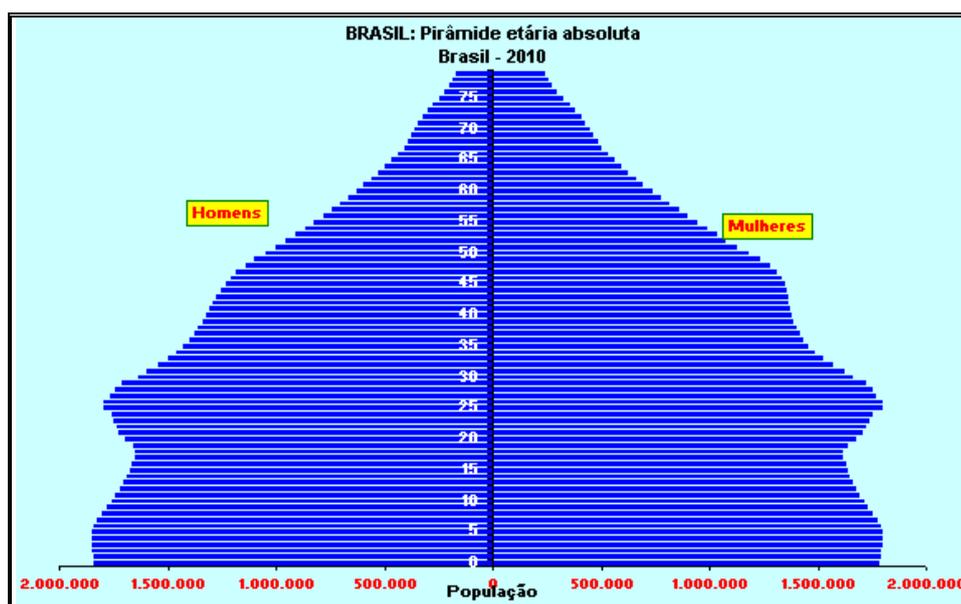
Fonte: World Health Organization, 2015.

No Brasil, de acordo com a PNAD contínua em 2017, 14,6% da população era composta por indivíduos com idades igual ou superior a 60 anos, havendo um crescimento de 18,8% de indivíduos nesta faixa etária entre os anos de 2012 e 2017. Além disso, a questão da feminização da velhice pode ser observada em âmbito nacional, apresentando 8,2% de mulheres e 6,4% de homens. A taxa de internação (31,5%) do ano de 2016 a nível nacional são semelhantes às encontradas em Juiz de Fora (IBGE, 2017a; DATASUS, 2016).

Geralmente, utiliza-se a demarcação etária para classificar uma pessoa como idosa. A Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso no Brasil consideram idosa a pessoa com 60 anos ou mais. No entanto, a OMS propõe este ponto de corte para países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, idosos estariam na faixa etária acima de 65 anos (CAMARANO, PASINATO, 2004a).

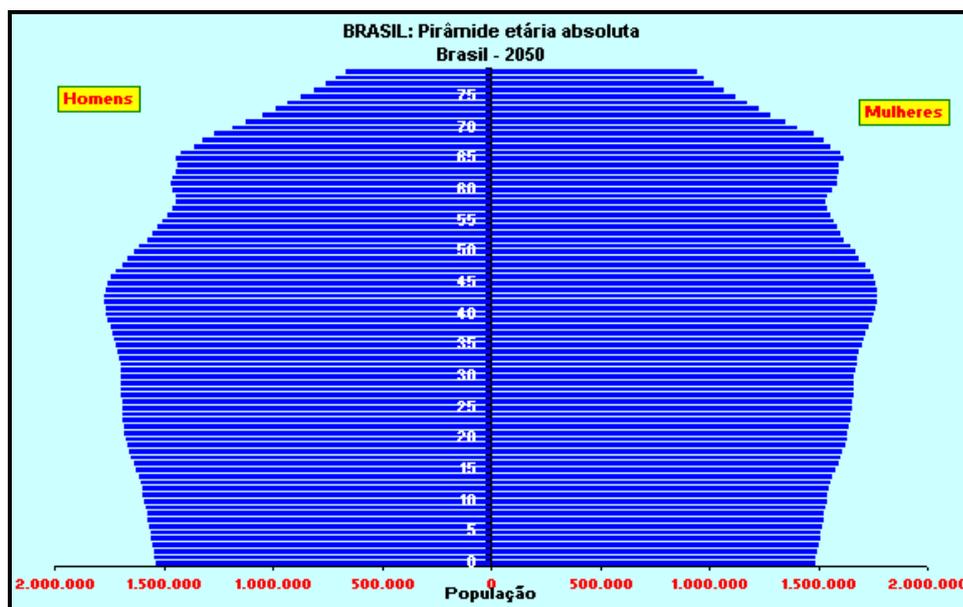
No Brasil, entre as décadas de 1940 e 1960, houve um declínio significativo da mortalidade e mantiveram-se altas taxas de fecundidade, produzindo uma população em rápido crescimento. Após essa fase, no final dos anos 1960, os grupos populacionais mais privilegiados e de regiões mais desenvolvidas reduziram suas taxas de fecundidade, o que logo se generalizou para os demais grupos e regiões. Este processo desencadeou a transição da estrutura etária para uma população com perfil envelhecido e com baixo ritmo de crescimento (CARVALHO, WONG, 2008).

Abaixo, podem ser visualizadas a pirâmide etária brasileira no ano de 2010 e a projeção para o ano de 2050, de acordo com o IBGE, e podem-se verificar as mudanças que as mesmas propõem (Figuras 2 e 3).



**Figura 2. Pirâmide etária brasileira no ano de 2010**

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), 2017a.



**Figura 3. Pirâmide etária brasileira, projeção para 2050**

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017a.

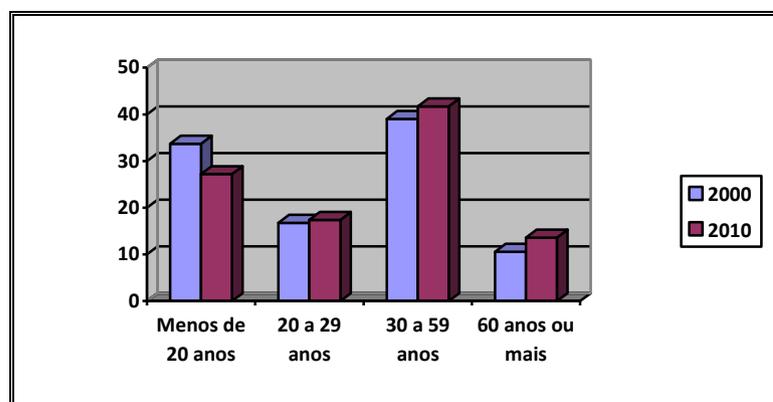
Ao analisar as pirâmides, verificamos que as mudanças mais significativas estão na base e no ápice, ratificando as informações sobre as transformações na pirâmide populacional, a partir da redução da mortalidade e da fecundidade no país (BRASIL, 2010a). O formato antes tipicamente triangular, com base alargada, vem dando lugar a uma pirâmide populacional com base estreita e vértice largo (Figura 3), indicando um rápido processo de envelhecimento (BRASIL, 2010a).

O índice de envelhecimento (IE) tem sido utilizado para observar o envelhecimento de uma população por possuir a vantagem de ser simples, ter alta sensibilidade às variações de faixa etária e ser de fácil interpretação. Este índice consiste na razão entre o número de pessoas com mais de 60 anos para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população de um determinado local, em um determinado ano. Valores altos deste índice indicam transição demográfica acelerada, sendo possível comparar o ritmo de envelhecimento entre regiões e grupos sociais (CLOSS, SCHWANKE, 2012).

No Brasil, no estudo de Closs e Schwanke (2012), que avaliou o IE entre as regiões brasileiras, observou-se que o país se encontra em um rápido processo de envelhecimento, com aumento de 268% no IE entre 1970 e 2010. Minas Gerais ficou entre os oito estados com índice maior (52,6%) do que o nacional (44,8%). O Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro foram os estados com maior IE e Amapá e Roraima tiveram os menores índices.

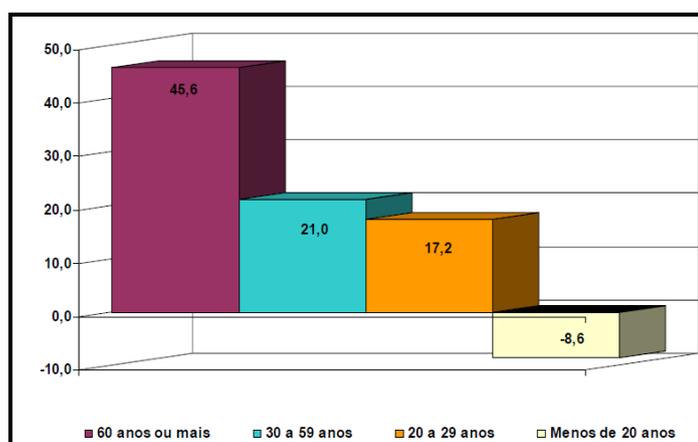
Em Juiz de Fora, de acordo com o Relatório Executivo sobre o Diagnóstico Socioeconômico da população idosa, realizado em 2012, o crescimento populacional urbano é maior entre os idosos (Figura 4), em comparação as outras faixas etárias, e corresponde a 45% entre os anos de 2000 e 2010 (Figura 5) (UFJF, 2012).

A feminização é uma realidade presente no município, conforme tendência mundial, tendo como uma das justificativas os maiores cuidados com a saúde dispensado pelas mulheres, incluindo ações preventivas. O mesmo relatório citado anteriormente constatou ainda, que  $\frac{3}{4}$  dos idosos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde, sendo que 34,8% necessitaram de internação hospitalar, índice semelhante ao nacional (UFJF, 2012).



**Figura 4. Distribuição percentual da população de Juiz de Fora por faixa etária, 2000-2010**

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.



**Figura 5. Percentual de crescimento da população de Juiz de Fora, por faixa etária, 2000-2010**

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

Sendo assim, verifica-se que o envelhecimento populacional apresenta desafios para governos e sociedades, devendo a saúde ocupar um lugar de destaque na resposta a esta situação. É importante assegurar aos idosos vidas mais saudáveis, que acarretarão em maiores oportunidades e menores gastos tanto para as famílias quanto para a sociedade (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

## 2.2. ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

Envelhecimento, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (apud BRASIL, 2006a) significa

um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. (BRASIL, 2006a, p.8).

O envelhecimento de um indivíduo está associado a um processo biológico, relacionado ao declínio de capacidades físicas, fragilidades comportamentais e psicológicas. Porém, o conceito de idoso envolve mais do que uma referência a limites etários - biológicos, pois deve-se considerar a diversidade entre os indivíduos no tempo e espaço, entre grupos sociais e de acordo com a raça (CAMARANO, PASINATO, 2004a).

A visão negativa a respeito da população idosa, como dependente e vulnerável na saúde, em sua autonomia e economicamente, tem sido predominante. Esta visão ultrapassou os aspectos biológicos e hoje é tida como um fenômeno de divisão do trabalho e estrutura social (CAMARANO, PASINATO, 2004a). O preconceito contra esta população e a negação da sociedade quanto a este fenômeno contribuem para a dificuldade em se pensar políticas públicas para esse grupo (BRASIL, 2006b).

Foi realizado um estudo por Torres et al (2015) a respeito das representações sociais e crenças sobre o envelhecimento, composto por 638 participantes de 14-18 anos, de 19-59 anos e idosos acima de 60 anos. No núcleo central dos elementos de representação social, foram identificados sabedoria, experiência e aposentadoria. A aposentadoria foi identificada como algo negativo vinculado ao envelhecimento, envolvendo adoecimento, solidão e incapacidade, especialmente para homens. O envelhecimento foi tido como um objeto social desvinculado do trabalho, sendo a fase adulta a preferida e a velhice, a preterida. Houve negação de alguns idosos que tentavam protelar e deixar a velhice para depois, sendo que 1/3 deles não se perceberam na fase da velhice. Perceberam-se características positivas e negativas, de perdas e ganhos, quando se falava em envelhecimento. Neste estudo, as perdas prevaleceram principalmente para adolescentes e idosos.

Sabe-se que essa população pode perder algumas de suas faculdades motoras e cognitivas, além de se depararem com a mudança em seu papel profissional e social mediante a aposentadoria. Esta mudança pode acarretar em sedentarismo, trazendo consequências negativas para o processo de envelhecimento, necessitando da atuação dos profissionais nas

instituições para promoção de um envelhecimento saudável e ativo (SOUSA, OLIVEIRA, 2015).

Por envelhecimento saudável, entende-se “um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que permite o bem estar em idade avançada” (OMS, 2015, p.13). Com o aumento da longevidade, o idoso que apresenta-se frágil e associado a incapacidade funcional está mais exposto a riscos. No estudo de Fhon et al (2012a), com idosos da comunidade em Ribeirão Preto, a maior porcentagem de idosos foram considerados frágeis. Observou-se ainda que quanto maiores os níveis de fragilidade, idade e número de morbidades, maior o nível de dependência dos idosos. Portanto, para estudar o envelhecimento, é importante o conhecimento desses dois conceitos .

A independência funcional pode ser compreendida como a capacidade de realizar atividades essenciais do dia-a-dia, de forma independente, como atividades de auto cuidado e demais atividades que sejam importantes para a qualidade de vida do indivíduo (FRIED et al, 2004).

A incapacidade funcional entre os idosos foi tema do estudo de Parahyba e Simões (2006), utilizando-se dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e 2003. Observou-se que a incapacidade funcional é declarada em maior proporção pelas mulheres e seu caráter é progressivo entre os idosos, conforme a idade. Apesar disso, entre os anos estudados, ocorreu diminuição da prevalência de incapacidade funcional, independente do sexo e majoritariamente na faixa etária acima de 80 anos. Idosos moradores da região Norte e Nordeste e com baixa renda per capita tiveram taxas maiores de incapacidade funcional do que aqueles moradores da região Sul e Sudeste e com rendas elevadas.

A fragilidade, de acordo com o Ministério da Saúde pode ser considerada:

(...) uma síndrome multidimensional, envolvendo uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso da vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos. (BRASIL, 2006a,p.50).

Em uma revisão de literatura realizada por Junior et al (2015), foram encontradas prevalências de fragilidade em idosos da comunidade no Brasil, que variaram de 7 a 29,3%. Todavia, é importante ressaltar que fragilidade tem potencial de reversibilidade por meio de intervenções, sendo distinta de envelhecimento (BRASIL, 2006a). Graeff (2014) acrescenta que velhice não é sinônimo de fragilidade ou doença e que cada pessoa vive uma realidade distinta nesta fase, sendo considerada por muitos a etapa com melhor estado de saúde, considerando os aspectos físicos, sociais e mentais.

Os significados atribuídos por idosos sobre velhice saudável e ser feliz na velhice foi tema de um estudo que utilizou dados da pesquisa multicêntrica sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA). Os 1.242 idosos atribuíram significados comuns entre os dois conceitos, sendo associados a aspectos positivos da velhice. Saúde física e funcionalidade, bem-estar psicológico e relações interpessoais foram os mais citados, seguidos de recursos materiais e acesso aos serviços de saúde. Nos dois conceitos o termo mais citado foi saúde, entretanto, para eles, o envelhecimento saudável é mais do que isso. Para os idosos, é o equilíbrio entre capacidade funcional, função cognitiva, felicidade, estilo de vida, autonomia e dinâmica afetiva e social (MANTOVANI, LUCCA,NERI, 2016).

Os mesmos autores realizaram um estudo anteriormente, avaliando a relação entre autoavaliação negativa de saúde em idosos, fatores sociodemográficos e indicadores de saúde nas cidades de Belém e Campinas. Utilizando-se da mesma base de dados (estudo FIBRA), foram encontradas evidências de associação entre autoavaliação negativa de saúde com baixa escolaridade, três ou mais doenças crônicas e déficits visuais. Em Belém, associaram-se, ainda, fadiga e maior uso dos serviços de saúde e, em Campinas, acrescentaram-se sintomas depressivos. Os autores concluíram que as más condições de saúde nesta faixa etária provinham de um acúmulo de déficits devido à escassez de recursos socioeconômicos e que estes não eram compensados pelos serviços de saúde na velhice (MANTOVANI, LUCCA, NERI, 2015).

### **2.1.1 Políticas Públicas para população idosa**

A preocupação com a saúde e os direitos do idoso tem sido evidenciada no Brasil e no mundo. Em 1982, a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que foi o marco inicial para a formulação de uma agenda internacional de políticas públicas para esta população (CAMARANO, PASINATO, 2004b). Foi produzido o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, que abordou assuntos como saúde e nutrição, proteção de consumidores, habitação, família, segurança de renda e emprego, educação e meio ambiente. Em geral, as recomendações tinham como objetivo promover a independência e autonomia do idoso, fornecendo meios físicos ou financeiros para tal. A partir desse movimento internacional, o Brasil começou a incluir este tema de forma mais assertiva em sua agenda de políticas (CAMARANO, PASINATO, 2004b; ONUBR, 2017 ).

O artigo 17 do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Protocolo de San Salvador), de 1988, acrescentou a proteção de pessoas idosas ao documento, informando que toda pessoa tem direito à proteção especial na velhice. Além deste direito, abordam:

- a. Proporcionar instalações adequadas, bem como alimentação e assistência médica especializada, às pessoas de idade avançada que careçam delas e não estejam em condições de provê-las por seus próprios meios.
- b. Executar programas trabalhistas específicos destinados a dar a pessoas idosas a possibilidade de realizar atividade produtiva adequada às suas capacidades, respeitando sua vocação ou desejos;
- c. Promover a formação de organizações sociais destinadas a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. (PROTOCOLO SAN SALVADOR, ART.17, 1988)

Em 1991, foi adotado o Princípio das Nações Unidas em favor das pessoas idosas, incluindo temas como a independência, cuidado, participação, autorrealização e dignidade. Em 1992, a ONU aprovou a Proclamação sobre o envelhecimento, que estabeleceu o ano de 1999 como Ano Internacional dos Idosos e ainda definiu os critérios para a elaboração do marco conceitual elaborado posteriormente, em 1995. O marco conceitual teve como dimensões de análise: situação da população idosa, desenvolvimento individual continuado, relações multigeracionais e a interrelação entre envelhecimento e desenvolvimento social (ONUBR, 2017; CAMARANO, PASINATO, 2004b).

A OMS formulou um Projeto de Política de Saúde como contribuição para a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento em 2002, realizada na cidade de Madri, Espanha. A Assembleia teve como objetivo desenvolver uma política internacional para o envelhecimento no século XXI, com um plano de ação que contemplava mudança de atitudes e práticas em todos os níveis (ONUBR, 2017). O projeto teve o intuito de fornecer informações para a discussão e formulação de ações para a promoção de um envelhecimento saudável e ativo. A conceituação de Envelhecimento Ativo proposta e conceitos associados importantes para sua efetividade são descritos a seguir:

Envelhecimento ativo: processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. (OMS, 2005 ,p.13).

Autonomia: é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.

Independência é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária. (OMS, 2005, p.14).

São essenciais parcerias e divulgação da idéia de Envelhecimento Ativo, através de mudanças na linha de cuidados e atenção à população idosa, primando pela humanização do atendimento, estímulo a inovações e disseminação de conhecimentos específicos para gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2010a).

Em 2012, houve a terceira Conferência Regional Intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe, onde foi adotada a Carta de São José sobre os direitos das pessoas idosas. Dentre os diversos itens abordados, no âmbito da saúde estão: universalização da saúde, formulação de políticas de prevenção através da atenção primária e com inclusão de serviços de reabilitação, facilitação do acesso a medicamentos e equipamentos, desenvolvimento e acesso a cuidados paliativos, entre outros (CEPAL, 2012).

A OMS elaborou um relatório mundial sobre Envelhecimento e Saúde no ano de 2015. Neste relatório, são retomados alguns conceitos, como o de envelhecimento saudável, e além disso, o documento recomenda profundas reformulações de políticas em saúde e esclarece mudanças nas percepções de saúde e envelhecimento (OMS, 2015).

A temática do envelhecimento populacional na agenda de políticas públicas brasileiras não é algo novo. O Brasil é um dos pioneiros na América Latina na garantia de renda para a população trabalhadora, como exemplo a universalização da seguridade social, em 1988. A criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em 1961, e o trabalho de iniciativa do Serviço Social do Comércio (SESC) revolucionaram o trabalho de assistência social ao idoso e foram iniciativas da década de 1960 que tiveram grande influência no desenvolvimento futuro das políticas brasileiras para esta população (CAMARANO, PASINATO, 2004b).

O governo federal teve sua primeira iniciativa relacionada a assistência ao idoso quando promoveu ações preventivas realizadas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e internação custodial dos aposentados e pensionistas deste instituto, em 1974. Neste âmbito, foram criadas as aposentadorias para trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia para os mais carentes das regiões urbanas e rurais (CAMARANO, PASINATO, 2004b).

Em 1994, foi criada a Lei nº 8.842, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996, que dispunha sobre a Política Nacional do Idoso e criava o Conselho Nacional do Idoso. Esta lei tem como objetivo garantir os direitos sociais deste grupo, promovendo sua autonomia, integração e participação na sociedade. Na área da promoção e assistência social, as propostas governamentais contemplam a criação de incentivos e alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência e atendimentos domiciliares, entre outros. Na área da saúde, a garantia da assistência em todos os níveis de complexidade do SUS e a fiscalização de instituições geriátricas, adotando e aplicando normas de funcionamento e elaboração de normas de serviços geriátricos hospitalares. Ações nas áreas de trabalho, previdência social, habitação, urbanismo, cultura, esporte e lazer também são contempladas no documento (BRASIL, 2010b).

Em 1999, foi anunciada a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria 1.395, que foi revogada em 2006 pela Portaria 2.528, que definiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Determinou-se que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovam a elaboração de planos, projetos e atividades referentes à saúde do idoso, de acordo com as diretrizes e responsabilidades estabelecidas. A Atenção Primária é definida como porta de entrada e tem como referência as redes de média e alta complexidade. Considera-se, nesta política, que a perda da capacidade funcional é o principal problema que pode acometer esta população (BRASIL, 2006b).

Em 2002, foram propostas a organização e a implementação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, através da Portaria 702/SAS/MS. Determinou, de acordo com as condições de gestão e divisão de responsabilidades estabelecidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2002), as providências para a implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a habilitação de Centros de Referência que iriam compor estas redes (BRASIL, 2002), porém nunca foram implementadas.

Em 2003, o Estatuto do Idoso, uma das maiores conquistas desta população no Brasil, trouxe o envelhecimento como direito e a sua proteção como dever do Estado mediante políticas públicas que permitam o envelhecimento saudável e com dignidade. No âmbito da saúde, abordou: o direito ao acesso universal e ao atendimento domiciliar (inclusive em regime de internação); reabilitação para redução de sequelas; acesso gratuito a medicamentos, principalmente de uso contínuo (bem como a órteses e próteses); direito a acompanhante em caso de internação; treinamento e capacitação de profissionais para o atendimento aos idosos; dentre outros. Além do referente à saúde, no capítulo sobre os Direitos Fundamentais, o Estatuto aborda: o direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, dos alimentos, da Educação, Cultura, Esporte e Lazer, Profissionalização e Trabalho, Assistência e Previdência Social, habitação e transporte (BRASIL, 2013).

No ano de 2002, o Decreto nº 4.227 criou o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. Tal documento foi revogado no ano de 2004, pelo Decreto nº 5.109, que regulamentou a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, que tem por finalidade elaborar as diretrizes para formulação e implementação da Política Nacional do Idoso. O Pacto pela Saúde em 2006, no Pacto pela Vida, instituiu a Saúde do Idoso como uma das prioridades. O Pacto prevê a promoção do envelhecimento ativo e saudável, integralidade da assistência, atenção domiciliar, acolhimento através de critério de risco nas unidades de saúde, entre outros (BRASIL, 2006c).

Em 2007, instituiu-se o Decreto nº 6.214, que regulamenta o benefício da prestação continuada da assistência social à pessoa com deficiência e ao idoso. Esse benefício é a

garantia de um salário mínimo mensal, no caso do idoso com idade de 65 anos ou mais que comprovem não ter condições da sua própria manutenção. Ainda neste ano, foi criada a Lei nº 11.520 de 18 de setembro de 2007, que concedeu o direito à pensão especial mensal no valor de R\$750,00 (aproximadamente 2 salários mínimos em 2007), sendo vitalícia e intransferível, às pessoas atingidas pela hanseníase até 31 de dezembro de 1986 e que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônias. Foi criado, ainda, o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa. Este plano estabelece diversas estratégias de ação para a prevenção e enfrentamento da violência neste grupo social (BRASIL, 2010b).

Apesar do avanço da legislação brasileira relativa à população idosa, apreende-se a necessidade de sua incorporação efetiva no cotidiano deste grupo. As políticas para essa população devem motivar a solidariedade entre as gerações. Políticas de promoção a saúde e acesso universal devem promover melhorias na saúde desde a infância e se prolongar ao longo da vida (CAMARANO, PASINATO, 2004b).

## 2.2 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

### 2.2.1 Saúde Pública no Brasil: o surgimento do SUS

Ao longo da história brasileira, a saúde permaneceu fora da programação da sociedade e do governo, estando a questão sanitária restrita à corporação médica e entidades religiosas. O Estado se mantinha presente nos casos de epidemias e catástrofes naturais e aos mais pobres restava a caridade, geralmente conduzida por instituições religiosas (PIOLA et al, 2009). O marco do sistema de proteção social no Brasil foi a previdência social, por meio da qual emergiu a assistência à saúde no país. Foi através da previdência que se desenvolveu a sustentação de direitos sociais pelo Estado (COHN, ELIAS, 2005).

O movimento da Reforma Sanitária tem sua origem nas bases universitárias, durante a ditadura militar no país (final da década de 1960 e início da década de 1970). A transformação da abordagem dos problemas de saúde vigente para uma abordagem histórico-estrutural foi realizada nos departamentos de Medicina Preventiva – presentes em todas as faculdades de medicina desde 1968 – iniciando-se um movimento social que propunha uma ampla transformação no sistema de saúde brasileiro (ESCOREL, 2012).

O processo de transição democrática que iniciou-se no final dos anos 1970 e a profunda crise econômica que ocorria no país geraram repercussões no setor saúde, principalmente no âmbito de financiamento do Estado. Com a abertura política gradual, surgiram novos atores e movimentos sociais que reivindicavam serviços de saúde e ações que integrassem com mais destaque as demandas do setor (MERCADANTE, 2002).

Surgiu, portanto, um movimento com um novo pensamento, conformado em um novo ator coletivo e uma nova força política. O movimento sanitário era composto por profissionais de saúde e pessoas vinculadas ao setor que compartilhavam de uma visão que trazia propostas transformadoras. Baseava-se no referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde, buscando a transformação deste setor no Brasil e a promoção do direito à cidadania. Defendia a melhoria das condições de saúde da população brasileira, o reconhecimento da saúde como direito universal e responsabilidade do Estado, a integralidade e equidade da atenção à saúde, além da reorganização do sistema de saúde com descentralização das ações e serviços (SCOREL, 2012; MERCADANTE, 2002).

Teixeira (1989) conceitua Reforma Sanitária como:

um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado. (TEIXEIRA, 1989, p. 39)

O movimento a favor da Reforma Sanitária teve importantes participações e distinguiu-se em três linhas principais: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o movimento dos Médicos Residentes e de Renovação Médica e os profissionais de docência e pesquisa (SCOREL, 2012).

O CEBES, criado em 1976, foi fundamental para a organização do movimento sanitário como movimento social organizado. Através deste centro foi possível manter um órgão de estudo e articulação com outros movimentos sociais, representativo na sociedade, que abordava a saúde como componente do processo histórico-social (SCOREL, 2012).

A ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), criada em 1979, também teve papel importante, estando presente em muitos fóruns da sociedade civil juntamente com o CEBES, manifestando propostas políticas. Ambos serviram como base para impulsionar a reforma sanitária (SCOREL, 2012; SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

A crise da previdência na década de 1980 provocou o surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS), que consistiam em uma parceria entre a previdência e a saúde pública em níveis municipal e estadual. Constava em seu cerne a prestação de serviços

primários ambulatoriais e transferência de recursos da previdência para que essas ações fossem realizadas pelos estados e municípios. Destaca-se o fim da exigência da Carteira de Segurado do Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS) para o atendimento em hospitais, resultando na substituição das AIS, em 1987, pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES). Verifica-se, assim, a tendência que o sistema de saúde brasileiro seguia em direção à cobertura universal (CARVALHO, 2013; SOUZA, 2002).

O movimento da Reforma Sanitária foi crescendo através de discussões de propostas inovadoras e de caráter universal com a comunidades e os técnicos. Este crescimento culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, em 1986, onde cerca de cinco mil pessoas, vindas de várias partes do Brasil, referendaram a proposta da Reforma Sanitária (CARVALHO, 2013). A saúde foi reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado, estabelecendo mudanças administrativas que seriam as bases para as futuras ações do SUS. Outros itens que serviram de base para a fundação do novo sistema de saúde, como a instituição de um sistema único de saúde visando os princípios da universalidade e integralidade da atenção, a descentralização com comando único em cada esfera do governo e participação popular como instrumento de controle social, foram defendidas nesta conferência e se incorporaram no novo texto constitucional em 1988 (PAIM et al, 2011; MERCADANTE, 2002).

A partir das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e de experiências acumuladas nos dez anos anteriores, estabeleceu-se, pela primeira vez, uma seção sobre a saúde na carta constitucional (1988), utilizando o conceito que abrange seus fatores determinantes e condicionantes. Além disso, passou a ser legitimado o direito às ações de saúde por todos, sem qualquer discriminação, em todos os níveis de assistência, sendo este direito provido pelo Estado. Estabeleceu-se portanto, a criação do SUS, de caráter público, com uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, sendo permitido e estimulado o controle por seus usuários (BRASIL, 1990a).

Outra importante inovação trazida pela Constituição de 1988 é o conceito de seguridade social, que impõe uma grande transformação no sistema de saúde brasileiro ao reconhecer a saúde como direito social, definindo um novo padrão para ação do Estado na área. Em 1990, as Leis nº 8.080 e nº 8.142 regulamentaram os princípios e diretrizes do SUS, traçando o modelo de atenção e as linhas gerais para a definição das funções de cada esfera do governo (MERCADANTE, 2002). A década de 1990 portanto, representa uma ruptura com a política pública de saúde anterior, assumindo como tarefa a implantação desta reforma em um

contexto desfavorável tanto no nível nacional quanto internacional. Destaca-se que nesta época discutia-se em todo o mundo a redução do papel do Estado, com defesa de políticas focalizadas e restrição de políticas universalistas (MENICUCCI, 2014).

O SUS é tido como um sistema único por seguir os mesmos princípios de organização em todo o território nacional. É baseado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. No âmbito de sua organização, destaca-se a rede hierarquizada e regionalizada, com resolutividade e descentralização das ações, participação complementar da rede privada e controle pela participação popular (BRASIL, 1990a).

A universalidade é uma característica de sistemas organizados com base na solidariedade. Trata-se da garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, não podendo discriminar quem tem direito. A população tem direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, bem como àqueles contratados pelo poder público. A equidade é a garantia das ações e serviços em todos os níveis de assistência, de acordo com a complexidade de cada caso, sem barreiras ou privilégios (CARVALHO, 2013; BRASIL, 1990). O princípio da equidade não consta na legislação federal, sendo citada no capítulo da Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, como forma de participação de seu custeio. Por conseguinte, apesar de aparecer frequentemente nos princípios e diretrizes do SUS, não possui a mesma estatura jurídica dos demais. Com o SUS, a exclusão formal aos serviços de saúde desapareceu, mas não a iniquidade, que permanece, por desinformação ou por alterações em determinadas políticas públicas (PIOLA et al, 2009).

A integralidade, por sua vez, trata-se do “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990b, p. 4) Dessa forma, tem-se o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível e, da mesma forma, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas (BRASIL, 1990a).

A regionalização e a hierarquização, que fazem parte dos princípios de organização do SUS, determinam que os serviços devam ser organizados por níveis de complexidade tecnológica crescente e definição da área geográfica e população a ser atendida (BRASIL, 1990a). A atenção primária oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação da saúde e lida com o contexto sobre o qual a doença surge, influenciando a resposta das pessoas sobre a saúde (STARFIELD, 2002). Os casos que não conseguirem resolução na atenção primária devem ser encaminhados para serviços de maior complexidade. Dessa forma, é possível favorecer as ações em saúde em todos os níveis de complexidade, proporcionando um maior conhecimento dos problemas de saúde da população (BRASIL, 1990a).

A resolutividade compreende a capacidade de resolução em todos os níveis de assistência, estando o serviço habilitado para enfrentar e resolver os problemas de saúde, de acordo com sua competência e com menor custo. Todavia, trata-se de uma situação complexa, dada a incorporação tecnológica cada vez maior, onde o sistema de encaminhamentos acaba por impedir a capacidade de ser resolutivo (CARVALHO, 2013; BRASIL, 1990a).

A descentralização é uma diretriz que consta na Constituição Federal e como princípio na Lei nº 8.080. Compreende a redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre a União, Estados e municípios. Entende-se, destarte, que, quanto mais perto da situação a decisão for tomada, maior a chance de resolutividade. Aos municípios, portanto, cabe a maior responsabilidade no desenvolvimento de ações de saúde diretamente voltadas à sua população. A descentralização tem ênfase na municipalização, com regionalização ascendente e gestor único em cada esfera de governo. Porém, enfrentam-se algumas dificuldades para o desenvolvimento deste princípio em um país com as dimensões do Brasil: a diversidade de capacidade técnica, administrativa e financeira de cada município, resultando em soluções e estratégias diferentes em todo o país, além da impossibilidade técnica e econômica da maioria dos municípios de terem subsistemas autossuficientes (CARVALHO, 2013; PIOLA et al, 2009; BRASIL, 1990a).

A participação popular foi garantida pela Constituição Federal (art. 198, III) e compreende o envolvimento da população na formulação de políticas públicas de saúde e no controle de sua execução em todas as esferas de governo. A participação é feita através de instâncias participativas, que já existiam antes do SUS: os Conselhos e Conferências de Saúde (nacional, estadual e municipal) (MERCADANTE, 2002).

A mudança com o SUS foi regulamentada pela Lei nº 8.142/1990 e ocorreu na composição de seus representantes, que passou a incluir os usuários de forma paritária em relação aos outros segmentos, a presença nas três esferas de governo e o caráter deliberativo do Conselho, antes somente consultivo. Ressalta-se a importância de ser considerado como parte do processo participativo, o dever das instituições em fornecerem informações e conhecimentos necessários sobre questões relativas à saúde, para que a população possa se posicionar (PIOLA et al, 2009; MERCADANTE, 2002; BRASIL, 1990). Entretanto, ainda hoje percebemos que os conselhos funcionam de forma bem variável entre os diversos estados e municípios. O predomínio do caráter consultivo sobre o caráter deliberativo da política ainda é observado em várias situações (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012).

A complementariedade do setor privado é permitida dentro do sistema de saúde brasileiro, conforme preconizado pelo artigo 199 da Carta Magna de 1988, nos casos em que, quando por limitação do sistema público, seja necessária a contratação de serviços privados.

A instituição privada, contratada através de contrato de direito público ou convênio, agirá de acordo com os princípios básicos e normas do SUS, tendo preferência, nestes casos, os serviços não lucrativos e filantropias. É permitido, ainda, o livre exercício de serviços privados de saúde e das profissões em consultórios e clínicas de forma complementar (CARVALHO, 2013; BRASIL, 1990a).

Algumas dificuldades são encontradas nas relações público-privadas atualmente, tais como: o crescimento do setor privado supletivo subsidiado por renúncia fiscal; crescimento de novas formas de articulação público-privado com terceirizações, fundações, cooperativas, entre outros; regulação sobre os prestadores privados do SUS e setor privado supletivo, sendo realizada de forma ainda iniciante (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012).

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo assistência integral e gratuita para toda a população, incluindo grupos como portadores de HIV, pacientes renais crônicos e pacientes com câncer (SOUZA, 2002). O sistema de saúde brasileiro possui programas de referência internacional, tais como o Sistema Nacional de Imunização, Programa de Controle HIV/AIDS e o Sistema Nacional de Transplante de Órgãos. O SUS tem contribuído significativamente para a melhoria da saúde da população brasileira (MENDES, 2013). Como exemplo, a redução importante da mortalidade infantil (crianças até um ano) que, em 2000, era de 29 mortes por mil nascidos vivos e, em 2015, passou para uma estimativa de 13,8 mortes por mil nascidos vivos (IBGE, 2016).

Quanto ao financiamento, apesar do aumento da participação dos municípios e estados e das transferências automáticas da União para os demais entes da federação, não houve implantação do orçamento da seguridade social, o volume de recursos para o setor é insuficiente e há baixa participação de investimentos no gasto com saúde. O Brasil, de acordo com dados de 2013 da OMS, gastou em saúde 9% do seu PIB, indicando que o gasto total em saúde está adequado. Porém, quando se avalia o percentual do gasto público, observa-se que o valor é muito baixo e incapaz de garantir o preconizado na constituição de modo a garantir o princípio da universalidade (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012; MENDES, 2013).

A descentralização, com a transferência progressiva de responsabilidades e o estabelecimento de comissões intergestores para negociação e decisão, foram avanços na implementação do sistema. Contudo, as indefinições que ainda existem quanto ao papel do gestor estadual, os conflitos entre gestores e a baixa institucionalidade das instâncias de negociação federativa em âmbito regional, são dificuldades ainda enfrentadas (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012).

Outra situação presente tanto no SUS quanto nos subsistemas privados do país, é a transição epidemiológica e nutricional aceleradas que vivenciamos atualmente. Este fato, somado ao predomínio relativo de condições crônicas, com uma resposta social baseada num sistema de saúde fragmentado, voltado para a atenção às condições agudas e agudização das crônicas, é um problema que precisa ser revisto. É primordial a estruturação do sistema em redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária, que opere de forma contínua e seja capaz de responder com eficiência, efetividade e qualidade às condições agudas e crônicas (MENDES, 2013).

A atenção aos usuários obteve vários avanços desde a implantação do SUS. Houve ampliação do acesso às ações de saúde, experiências inovadoras na mudança do modelo de gestão, mudança de práticas de atenção à saúde em várias áreas, como, por exemplo, na saúde mental, expansão da estratégia de saúde da família e, conseqüentemente, melhora nos indicadores de saúde em diversas partes do país. Contudo, ainda convivemos com desigualdades no acesso, distorções no modelo de atenção com ênfase na medicalização e uso inadequado de tecnologias, além de problemas quanto a qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012).

Verifica-se, nessa perspectiva, que a consolidação do SUS depende ainda da superação de complexos desafios, que exigem mudanças na estrutura do sistema e estratégias a longo prazo. A saúde como direito de cidadania é uma luta diária por um novo espaço para a proteção social e para política de saúde em um novo modelo de desenvolvimento para o país (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012).

## 2.3 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

### 2.3.1 Conceitos

Os termos acesso, acessibilidade e utilização de serviços estão interrelacionados. De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa de Ruth Rocha (2005), o conceito de acesso é: o ato de chegar, chegada, entrada. No caso de utilização, compreende: ato de utilizar, que abrange tornar útil, fazer uso de, servir-se, aproveitar. Quando usado para se referir aos serviços de saúde, o termo acesso muitas vezes é empregado de forma imprecisa por se tratar de um conceito complexo (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Os termos acesso e acessibilidade muitas vezes se sobrepõem. Estes termos são utilizados por diferentes autores, de acordo com a preferência de cada um. Alguns empregam acessibilidade para especificar caráter do que é acessível, outros utilizam o termo acesso para caracterizar o ato de ingressar, ou mesmo os tratam como sinônimos, com o intuito de indicar o grau de facilidade na obtenção dos cuidados de saúde (TRAVASSOS, MARTINS, 2004)

Alguns autores, como Starfield (2002), apontam a necessidade de distinguir acesso de acessibilidade. Para a autora, acessibilidade permite que as pessoas cheguem ao serviço, tratando-se, por conseguinte, do seu aspecto estrutural. Para isso, a unidade de atendimento deve ser acessível e disponível. Acesso, por sua vez, é como a pessoa entende e experimenta a acessibilidade. Destaca, além disso, que o fácil acesso à atenção à saúde reduz o risco de mortalidade e morbidade, e reforça a importância da atenção primária em saúde e da atenção ao primeiro contato.

A fim de categorizar acesso e, desta forma, analisar as condições de acessibilidade, Giovanella e Fleury (1996) procuraram adotar modelos teóricos que trouxessem relação entre o referencial teórico e a definição conceitual utilizada nos estudos sobre o tema. Consideram que, para tratar de política de saúde através da acessibilidade, deve-se ter uma visão abrangente, nas dimensões econômica, técnica, política e simbólica. Assim, essas dimensões foram categorizadas em quatro modelos: modelo economicista, modelo sanitarista-planificador, modelo sanitarista-politicista e o de representações sociais.

O modelo economicista representa um modelo de estudo entre oferta e demanda, buscando a compreensão dos diferentes padrões de consumo dos indivíduos, que é medido considerando-se o conhecimento do indivíduo sobre a oferta, a percepção da demanda e demais valores e práticas familiares. A análise da oferta é feita considerando-se o Estado como participante da organização da produção da assistência médica e na adequação da demanda, através da diferenciação dos grupos populacionais no acesso aos serviços de saúde (GIOVANELLA, FLEURY, 1996).

O modelo sanitarista-planificador considera acesso como a possibilidade de garantia do consumo através do planejamento do Estado, de recursos e da organização da rede de serviços. Este planejamento inclui garantia da localização adequada, disponibilidade e adequação dos serviços conforme a demanda. Dentro do modelo sanitarista inclui-se o sanitarista-politicista, terceiro modelo apresentado pelas autoras. Este modelo aborda acesso dentro da concepção de consciência sanitária, que, por sua vez, é a conscientização, pelos indivíduos, de que a saúde é direito de todos e de interesse da comunidade. O acesso é visto como uma construção do sistema através da participação dos cidadãos, incluindo gestão e

controle social, e não se restringe somente a entrada neste sistema (GIOVANELLA, FLEURY, 1996).

O último modelo apresentado é o das representações sociais da atenção e do sistema de saúde, que é visto como uma nova alternativa para determinar acesso como categoria de análise e planejamento. A realidade é vista como uma constituição intersubjetiva e simbólica do processo saúde-doença. Reconhece o poder da vida social e propõe o deslocamento da problemática da saúde centrada no Estado (JESUS, ASSIS, 2010; GIOVANELLA, FLEURY, 1996).

Donabedian (2003), importante autor que discute sobre a qualidade em saúde em âmbito internacional, utiliza o termo acessibilidade e a considera como um dos atributos da qualidade em saúde. Portanto, para se entender a concepção de acessibilidade para este autor, é importante que compreenda-se o conceito de qualidade em saúde como sendo um produto da ciência e da tecnologia de cuidados em saúde e sua aplicação na prática, importante no desempenho dos sistemas de saúde. É caracterizada por atributos que incluem: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade e acessibilidade.

Eficácia é conceituada pelo autor como a capacidade da ciência e tecnologia resultarem em melhorias na saúde quando utilizadas em determinadas circunstâncias. Efetividade é o grau de melhoria da saúde que foi de fato alcançada, comparando-se o desempenho real e o que pode ser esperado em circunstâncias específicas da ciência e da tecnologia em saúde. Eficiência, neste contexto, é compreendida como a capacidade de diminuir os custos com os cuidados em saúde, no entanto, sem reduzir as melhorias na saúde (DONABEDIAN, 2003).

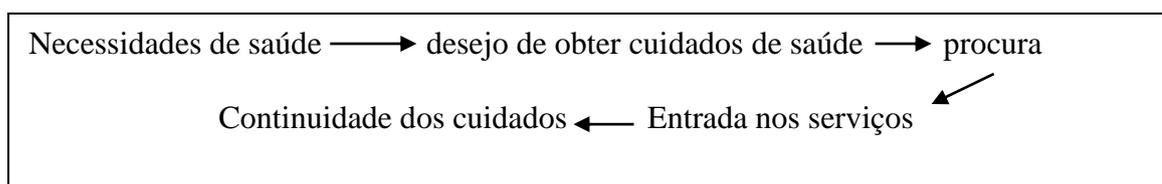
Otimização é o equilíbrio entre as melhorias em saúde e seus custos. Aceitabilidade é estar em conformidade com os desejos e expectativas de pacientes e membros de sua família, e o autor aborda esse conceito em cinco partes: relação paciente-médico, os serviços de cuidados de saúde, preferências dos pacientes e o que os pacientes consideram ser justo e equitativo. Legitimidade é a correspondência do que seria aceitabilidade social, ou seja, estar de acordo com sua preferência social, expressa em princípios éticos, valores, normas e leis. Equidade é abordada como o que é justo e correto na distribuição dos cuidados em saúde, dependente diretamente do acesso aos serviços de saúde e da eficácia e aceitabilidade dos cuidados recebidos (DONABEDIAN, 2003).

Acessibilidade, para este autor, é a facilidade em receber os cuidados de saúde, que depende de fatores espaciais, organizacionais, econômicos e sociais. Tais fatores se exemplificam na distância ao local de atendimento, na disponibilidade, nos custos de transporte, nos horários e dias de atendimento das unidades, na renda, no possuir ou não plano

de saúde, nas preferências étnicas ou religiosas dos pacientes e no preconceito dos profissionais que irão atendê-los, que influenciam diretamente na acessibilidade aos cuidados de saúde. Para este autor, acessibilidade está além da simples entrada no serviço de saúde – inclui o ajuste entre as necessidades dos pacientes e os recursos utilizados, com adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos para os cuidados em saúde (DONABEDIAN, 2003; DONABEDIAN, 1973).

Donabedian (1973) destaca duas dimensões da acessibilidade que estão intimamente relacionadas: socio-organizacional e geográfica. A primeira inclui todas as características da oferta de serviço que facilitam ou impedem a utilização dos serviços por potenciais usuários, como, por exemplo atributos quanto ao sexo, cor, especialização e taxas. A dimensão geográfica compreende a resistência ou não que o espaço pode criar para a chegada dos usuários ao atendimento. Inclui distância linear que o paciente tem que percorrer até a unidade de saúde, distância e tempo de viagem, tempo total decorrido e custos.

Fundamentando-se no conceito de Donabedian, Frenk (1985, apud TRAVASSOS, MARTINS, 2004), define acessibilidade como a relação entre as dificuldades enfrentadas pelos usuários (financeira, organizacional, ecológica) para a procura e obtenção de cuidados e sua capacidade de superá-las. De acordo com o autor, esses componentes não definem o grau de acessibilidade, mas a relação entre eles. Contribui com a sistematização do fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados (Quadro 1), estando a acessibilidade diretamente ligada às etapas de procura e entrada ao serviços de saúde, podendo, dessarte, ser um fator limitante.



**Quadro 1. Fluxo de eventos entre a necessidade e obtenção dos cuidados de Frenk (1985)**

Fonte: FRENK (1985) apud TRAVASSOS, MARTINS, 2004, p. 193.

A inacessibilidade de numerosos grupos da população aos serviços de saúde impedem a satisfação de suas necessidades de assistência à saúde. Neste contexto, Unglert (1990) aborda o acesso geográfico como tempo de deslocamento e distância entre o usuário e o serviço de saúde, que pode se tornar uma barreira ao acesso. Além disso, aborda o aspecto do acesso econômico, que se baseia em facilidades ou dificuldades que o usuário tem para a

obtenção do atendimento, na aquisição de medicamentos e custos de deslocamento (UNGLERT, 1990; UNGLERT et al, 1987).

Andersen (1995), que utiliza o termo acesso, o define como a entrada nos serviços de saúde, incluindo os cuidados subsequentes recebidos pelo indivíduo. O autor amplia este conceito trazendo outras abordagens, como: conceito de acesso efetivo, acesso eficiente, acesso potencial e acesso realizado.

O acesso efetivo evidencia melhora no estado de saúde ou mesmo na satisfação do usuário com os serviços. Acesso eficiente é quando há aumento na satisfação ou melhora no estado de saúde relacionados com a quantidade de serviços de saúde utilizados. Acesso potencial trata-se da presença de fatores individuais que permitem as pessoas obterem os cuidados de saúde que necessitam, sendo estes fatores chamados de recursos capacitantes. Acesso realizado é a utilização real dos serviços (ANDERSEN, 1995).

Para Penchansky & Thomas (1981), acesso representa o grau de ajuste entre os usuários e o sistema de saúde, resumindo um conjunto de áreas específicas que os autores descrevem como dimensões do acesso: disponibilidade, que compreende a relação entre volume e serviços existentes e as necessidades de saúde; acessibilidade, que é a relação entre a localização dos serviços e dos usuários, considerando o transporte, tempo de deslocamento, distância e custo; acolhimento, que trata da organização dos recursos para receber os usuários e a capacidade desses em se adequarem a esta situação; capacidade de compra, relação entre a capacidade de pagamento dos serviços pelos usuários e formas de financiamento destes serviços; e, por fim, aceitabilidade, que são as atitudes e práticas dos usuários frente às características dos prestadores de serviço e vice-versa.

O Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do Instituto de Medicina dos Estados Unidos alerta que muitas vezes o termo acesso é dito como sinônimo de cobertura, associando-se ao fato de no local de residência dos usuários haverem médicos ou hospitais (MILLMAN, 1993). Cobertura de serviços de saúde é um indicador de acesso que mostra a população que tem direito a receber ou recebeu um determinado serviço (TRAVASSOS, CASTRO, 2012). A disponibilidade de serviços, equipamentos e recursos humanos é uma característica primordial do acesso, representando condição necessária para a utilização dos serviços de saúde. Porém, estes fatores não garantem que as pessoas obtenham os atendimentos que necessitam. (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Na Atenção Primária, o Acesso Avançado pode vir como alternativa para melhorar o acesso da população aos serviços. É um sistema no qual não se faz mais distinção entre consultas de urgência e de rotina, sendo os horários de consulta por exemplo, oferecidos ao paciente no mesmo dia, permitindo que o mesmo consulte com seu médico de referência. Os

horários que já ficam agendados são reservados às pessoas que não puderam ser atendidas no dia anterior ou porque o médico agendou como seguimento ou retorno (MURRAY, TANTAU, 2000)

O desejo em obter cuidados de saúde provém da percepção de uma necessidade de saúde pelo indivíduo, que resulta na utilização ou não de serviços de saúde curativos. A realização desse cuidado depende da existência dos recursos para produção dos serviços de forma adequada às necessidades do indivíduo. Acesso, em vista disto, é o fator que irá intervir na relação entre a procura e a entrada no serviço de saúde, referindo-se a fatores que facilitam ou dificultam a utilização por potenciais usuários ( TRAVASSOS, CASTRO, 2012), sendo tratado neste trabalho como sinônimo de acessibilidade. Travassos, Oliveira, Viacava (2006) acrescentam que se trata da possibilidade do uso dos serviços de saúde quando necessário, sendo este o conceito selecionado para o estudo.

Cecílio (2009) discute integralidade e equidade na atenção em saúde, orientado nas necessidades de saúde, e traz a idéia de que, para serem melhor compreendidas, as necessidades de saúde devem ser organizadas em quatro conjuntos. O primeiro é o conjunto de boas condições de vida, considerando que a maneira como se vive acarreta em diferentes necessidades de saúde. Enfatiza tanto os fatores externos dos determinantes de saúde-doença, como fatores do processo produtivo nas sociedades capitalistas que influenciam nos modos de adoecer e morrer.

Em seguida, fala da necessidade de ser ter acesso e obter toda tecnologia de saúde necessária para melhorar ou prolongar a vida. Utiliza os conceitos de Merhy (1997) sobre tecnologias leve (tecnologia das relações), duras (representadas pelas máquinas, produção de procedimentos dependentes de equipamentos) e leve-duras (representada pelos saberes estruturados), sem hierarquizá-las, considerando que cada indivíduo terá necessidade de tecnologias de acordo com o momento em que vive.

O terceiro conjunto é a criação de vínculos entre o usuário e a equipe ou profissional de saúde, sendo entendida como uma relação de confiança entre ambos. E, por fim, a necessidade individual de autonomia no seu modo de levar a vida, com a possibilidade de reconstrução dos sentidos da vida, influenciando em seu modo de viver e na satisfação de suas necessidades (CECÍLIO, 2009).

A utilização de serviços de saúde é o centro do funcionamento dos sistemas de saúde e é compreendida como a entrada nos serviços e todo contato direto ou indireto com estes, sofrendo influência das necessidades de saúde individuais, valores e preferências das pessoas. Representa, então, uma expressão positiva do acesso (TRAVASSOS, VIACAVA, 2007; TRAVASSOS, MARTINS, 2004). Baseando-se nesse conceito, optou-se, no presente estudo,

avaliar o acesso tomando como desfecho o uso de serviços de saúde representado pela utilização de consulta médica e de internação hospitalar pelos idosos.

Dever (1988) acrescenta que a utilização dos serviços é a relação entre consumidores e prestadores destes serviços, sendo um comportamento complexo e influenciada por fatores socioculturais (tecnologia e valores sociais), organizacionais (disponibilidade, acessibilidade geográfica e social, estrutura, processo de prestação de cuidados), fatores relacionados com o consumidor (sociodemográfico, sociopsicológico) e prestador (econômico e características do próprio prestador).

Para uma melhor compreensão da utilização dos serviços de saúde e seus determinantes, foram feitos, ao longo do tempo, modelos teóricos explicativos, dentre eles o de Andersen que, sendo um dos pioneiros, influenciou os modelos posteriores. Este modelo tem maior aplicabilidade nos estudos de utilização dos serviços de saúde, além de ser um dos mais completos e de fácil operacionalização (PAVÃO, COELI, 2008; TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

O modelo comportamental de Andersen foi desenvolvido em quatro fases distintas, sendo a primeira iniciada no final dos anos 1960 (fase 1) e sendo modificada ao longo dos anos. Sua finalidade era ajudar a entender porque as famílias usavam os serviços de saúde, buscando a compreensão da definição de acesso equitativo e como mensurá-lo, para que dessa forma pudesse ajudar no desenvolvimento de políticas. Tinha como unidade de análise a família, porém, o autor, em seu trabalho posterior, utilizou o indivíduo como unidade de análise, devido à heterogeneidade potencial dos membros da família, que dificultava o desenvolvimento de medidas.

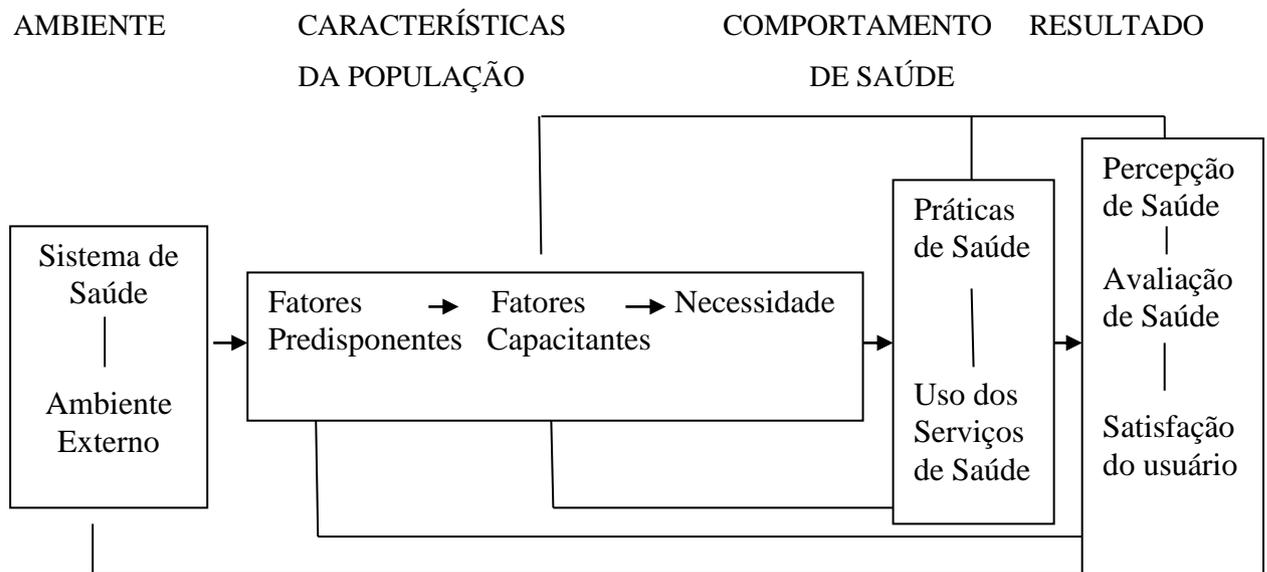
Este modelo sugere que o uso dos serviços de saúde depende de fatores predisponentes, capacitantes e da necessidade em saúde. Os fatores predisponentes compreendem a susceptibilidade ao uso dos serviços, tais como fatores demográficos, estrutura social e crenças em saúde. Os fatores capacitantes são fatores individuais e familiares que possibilitam o acesso ao serviço como a renda, plano de saúde, transporte e tempo de espera pelo serviço. A necessidade em saúde é o estado de saúde dos indivíduos e a necessidade percebida encontra-se diretamente relacionada à procura pelo cuidado e adesão ao tratamento (PAVÃO, COELI, 2008; ANDERSEN, NEWMAN, 2005; ANDERSEN, 1995).

A segunda fase do modelo, desenvolvida nos anos de 1970 por Aday e outros colaboradores do *Center for Health Administration Studies*, da Universidade de Chicago, teve o reconhecimento da importância da política nacional de saúde e dos recursos e organização

do sistema de saúde como fatores determinantes do uso dos serviços de saúde. Foi incluída, nesta fase, a satisfação do usuário como resultado destes serviços (ANDERSEN, 1995).

A terceira fase, desenvolvida durante a década de 1980, incluiu os resultados de saúde, pois o autor entendia que os serviços de saúde tinham relação com a manutenção ou melhoria do estado de saúde da população e, portanto, os estudos sobre a utilização dos serviços precisavam avaliar este contexto. O modelo reconhece componentes físicos, políticos e econômicos como fatores importantes para a compreensão do uso dos serviços de saúde, bem como práticas de saúde pessoais (dieta, atividade física, autocuidado) que, em conjunto com os tais serviços, irão influenciar os resultados de saúde obtidos (ANDERSEN, 1995).

A quarta fase enfatiza a dinamicidade de um modelo que inclui os resultados de saúde. O modelo traz as diversas influências sobre o uso dos serviços de saúde e o estado de saúde. Inclui as relações de *feedback*, mostrando que o resultado afeta os fatores predisponentes, a necessidade percebida de serviços de saúde e o comportamento em saúde (ANDERSEN, 1995). Para melhor compreensão, a Figura 5 mostra o modelo final de Andersen.



**Figura 6. Modelo de Andersen - fase final ou emergente**

Adaptado de: Andersen, 1995.

Outros modelos teóricos sobre utilização dos serviços de saúde e seus determinantes foram realizados ao longo dos anos. O modelo de Crenças em Saúde (1950-1960) infere que o modelo proposto para o comportamento em saúde se baseia em duas variáveis: o psicológico, considerando o estado de prontidão para ações específicas, e a crença de que determinada ação será benéfica para redução da ameaça à sua saúde (ROSENSTOCK, 1966). As crenças,

percepções e riscos dos indivíduos tornam-se determinantes dos usos dos serviços de saúde (PAVÃO, COELI, 2008).

Dutton (1986) acredita que os fatores do paciente, baseados nos determinantes de Andersen anteriormente citados, bem como fatores do sistema de saúde (barreiras estruturais, financiamento, organização, padrões de prática) e do prestador (fatores demográficos, atitudes, treinamento, experiência), influenciam nos usos dos serviços. Evans e Stoddart, em modelo feito em 1990, utilizam o conceito amplo de saúde como bem-estar (não somente ausência de doença) e consideram fatores individuais de saúde e comportamento (social, físico e genético), acesso e necessidades de saúde como determinantes da utilização dos serviços de saúde (EVANS, STODDART, 1990).

### **2.3.2 Barreiras ao Acesso**

Conforme exposto anteriormente, somente a simples disponibilidade ou presença física dos serviços, equipamentos e recursos humanos não garante o acesso aos serviços de saúde, apesar de ser condição necessária à sua utilização. Barreiras ao acesso são fatores que atuam dificultando ou impedindo que os potenciais usuários do serviço consigam alcançar o atendimento desejado. Tais barreiras podem ser: geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais entre outras (TRAVASSOS, CASTRO, 2012).

#### **2.3.2.1 Barreira Geográfica**

De acordo com Azevedo e Costa (2010), as barreiras que se referem à distância dos serviços de saúde aos usuários estão associadas ao nível de complexidade do serviço: quanto menor a complexidade, mais próximo da população e quanto maior a complexidade, mais distante. Em geral, quanto maior a distância, menor a utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS, CASTRO, 2012). O planejamento do setor saúde tem um grande desafio na tomada de decisão sobre a localização e a dimensão dos serviços, e pode se deparar com modelos teóricos que por vezes não se apresentam como adequados às diferentes realidades locais (UNGLERT, 1990).

Em contrapartida, Ramos (2001) ressalta que há uma estreita relação entre acesso geográfico e acolhimento, pois a forma como os usuários são recebidos nos serviços de saúde e a resolutividade destes influenciam diretamente na escolha pela utilização dos serviços. Verifica-se que mesmo com uma unidade próxima à sua residência, se o usuário obteve experiências negativas naquele local, buscará atendimento em outros serviços, mesmo que sejam mais distantes de sua moradia.

A acessibilidade geográfica compreende as características do espaço que facilitam ou dificultam a utilização dos serviços de saúde, sendo medidas pela distância, tempo de deslocamento e custo da viagem. A relação entre esta acessibilidade e o consumo de serviços de saúde depende do tipo de atendimento e recurso. Quanto mais grave a doença, menos importante é a relação entre a acessibilidade geográfica e o volume de serviços utilizados. Verifica-se, a título de exemplificação, que a acessibilidade tem mais influência na procura de serviços preventivos do que no de serviços curativos (DEVER, 1988). Quando se trata de medicina preventiva, é imprescindível que os postos de saúde tenham uma localização geográfica de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o acesso a estes serviços tem relação direta na saúde da população (PONCE, 2015).

Do ponto de vista geográfico, Lovett et al (2002) refere que a igualdade no acesso em saúde é algo impossível, pois os serviços inevitavelmente estão concentrados em determinados locais e, portanto, mais próximos das pessoas que residem naquele espaço do que das que moram distante.

No estudo de Pinheiro e Travassos (1999), a utilização dos serviços de saúde sofreu influência não somente da condição financeira dos indivíduos, mas, também, do bairro no qual os mesmos residiam. O efeito da renda familiar sobre o consumo de serviços de saúde foi mais significativo para aqueles que tinham residência em local de pior padrão de vida. Em bairros de melhor padrão de vida, não foram encontradas diferenças na utilização dos serviços de saúde entre idosos de renda mais alta ou baixa. De acordo com as autoras, vários fatores podem explicar o efeito da moradia no consumo de serviços de saúde, como variações de acessibilidade e disponibilidade de serviços de saúde no local de residência, que podem fazer com que as pessoas procurem menos os serviços ou tenham sua demanda reprimida.

O estudo de Ponce (2015) teve por objetivo avaliar as barreiras de acessibilidade geográfica da Atenção Primária em Saúde em quatro Centros Regionais de Referência, no ano de 2010, no aglomerado urbano de *Gran Resistencia*. Este é formado pela cidade de Resistencia (província de Chaco, Argentina), Ravinas, Fontana e Puerto Vilelas. Estes Centros possuem um nível de complexidade maior e têm por objetivo descentralizar o atendimento fornecido por hospitais públicos. Funcionam 24h por dia com atendimento de

clínica médica, pediatria, ginecologia, odontologia, saúde mental, exames de imagem e laboratoriais, serviço social e enfermagem.

Foram avaliados fatores como a distância que o serviço de saúde encontra-se da residência, tempo gasto no deslocamento, meio utilizado para chegar ao serviço de saúde, condições das estradas e possibilidade de transporte em dias de chuva. A amostra estudada foi de 383 indivíduos das áreas de abrangências dos Centros Regionais de Referência. Foi detectado que em dois dos centros estudados, 43% das pessoas tinham que percorrer mais do que 15 quadras para chegar ao serviço de saúde (Centro Pedro Biolchi) e 27% dos entrevistados tinham que percorrer mais de 3 km (Centro Luis Fleitas), demorando em média mais de meia hora para chegar ao local. Em geral, as pessoas optam por ir a pé ao estabelecimento de saúde, exceto quando a distância supera dois quilômetros.

Além disso, a maior parte do caminho percorrido pela população é de terra, sendo que, em determinadas áreas, foi relatado que, quando chove, dificulta ou mesmo impede o acesso dos usuários ao serviço. Iluminação precária, falta de pavimentação e manutenção das vias foram situações relatadas como barreiras ao acesso. Foi observado, ainda, que as variáveis estudadas não têm o mesmo impacto na população, porém percebe-se um gradiente negativo conforme se afasta do centro do aglomerado para a periferia.

Um estudo transversal, baseado em inquéritos domiciliares, realizado por Emmerick et al (2015), apontou as barreiras encontradas por pessoas com doenças crônicas no acesso a medicamentos nos 2.761 domicílios pesquisados, em três países da América Latina: Nicarágua, Guatemala e Honduras. As condições crônicas mais relatadas foram hipertensão, artrite e diabetes. O acesso a medicamentos variou de 71,6% na Nicarágua a 83,1% em Honduras, sendo os fatores encontrados fortemente associados ao acesso: os cuidados no sistema de saúde formal, localização geográfica (urbana ou próximo a serviços públicos e privados), sexo do chefe de família, idade do paciente, percepção do estado de saúde, qualidade percebida do atendimento do setor público, nível econômico e cobertura de seguro saúde.

No Brasil, Albuquerque et al (2014) analisaram a acessibilidade aos serviços de Atenção Básica em Pernambuco no ano de 2012. Foi realizado um estudo transversal com dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que tem por objetivo ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica. Foram avaliados fatores quanto à acessibilidade geográfica e socio-organizacional.

No quesito da acessibilidade geográfica, dos 3.617 entrevistados, 73,2% referiram que as Unidades Básicas localizavam-se próximo ao seu domicílio, sendo, desse modo, bem avaliados. Dificuldades como barreiras arquitetônicas para pessoas com deficiência e idosos,

resolutividade incipiente no apoio diagnóstico e procedimentos, centrais de regulação insuficientes para garantia do acesso e acolhimento sem impacto na reorganização das ações programadas foram barreiras relatadas neste estudo.

No trabalho de Oliveira, Travassos e Carvalho (2004), que investigou os efeitos das condições de oferta, configuração espacial, aspectos socioeconômicos e contexto político institucional das internações hospitalares dos municípios brasileiros, foi observado que a probabilidade de internação diminuiu quando são maiores a distância a se percorrer, nos municípios de maior população e de renda familiar mais alta. Este estudo foi baseado nos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH), considerando internações de pessoas acima de 14 anos de idade, para procedimentos de maior frequência de internação, no ano de 2000, no Brasil. Destacou a importância da capacidade local de internação como facilitadora do uso desse serviço, considerando-se somente a dimensão da oferta. Entretanto, quando se incluiu a distância nesta análise, este efeito diminuiu, pois os municípios que não tinham leitos do SUS geralmente se localizavam próximos a municípios que possuem leitos. Ao acrescentar as condições socioeconômicas dos municípios, reduz-se a importância da oferta de leitos e aumenta a da capacidade local e barreira da distância na probabilidade de internação, mostrando claramente o perfil de iniquidade do sistema de saúde.

#### 2.3.2.2 Barreiras Financeiras

Estudos recentes mostram que iniquidades no uso dos serviços de saúde por motivos socioeconômicos ainda são uma realidade (BOCCOLINI, JUNIOR 2016; KATREIN et al, 2015; GLORIOSO, SUBRAMANIAN, 2014).

Barreiras financeiras são obstáculos importantes à utilização dos serviços de saúde, já que, quanto maior o preço dos serviços, menor sua utilização. As pessoas mais pobres são mais suscetíveis a esta situação, utilizando menos os serviços em decorrência de dificuldades financeiras para seu custeio. Políticas de universalização do acesso têm como objetivo a redução das barreiras financeiras, que aumentam as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS, CASTRO, 2012).

Doorslaer, Masseria e Koolman (2006) realizaram um estudo sobre o acesso aos serviços de saúde e as desigualdades de renda entre os países da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD). A maior parte desses países oferecem os serviços

essenciais de saúde de caráter público, fundamentado no princípio da equidade, com base nas necessidades de saúde e não na capacidade de pagamento. Cerca de metade dos países não apresentaram desigualdades entre os grupos de renda, sendo estas mais frequentes quando se trata de acesso a médicos especialistas quando comparado a generalistas. Estados Unidos e México, países que não possuem acesso universal, foram os que apresentaram as maiores desigualdades de renda em favor dos mais ricos, seguidos por Finlândia, Portugal e Suécia.

Um estudo de Travassos et al (2006) utilizou os dados da PNAD de 1998 e 2003 para avaliar o padrão de desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde. A população estudada foi composta de crianças e adultos de áreas urbanas que referiram restrição de atividades nos últimos quinze dias, em ambas as pesquisas. Como resultado, o estudo mostrou que o acesso aos serviços de saúde é influenciado pela condição social das pessoas e do local onde residem. As desigualdades sociais no acesso foram encontradas tanto em crianças quanto nos adultos, e a renda teve maior impacto no acesso do que a escolaridade. Apesar disso, houve uma tendência na redução das desigualdades em todo país. Constatou-se ainda que na região Sul houve maior índice de desigualdade social no acesso, sendo o índice de utilização dos serviços maior na população de alta renda (75,9%) nesta região que na região Sudeste, por exemplo (69,2%). Quando comparadas as regiões Sudeste e Sul, as demais regiões têm menores chances de uso dos serviços de saúde, sendo: Norte com 45% menos chance, Nordeste com 40% menos chance e Centro-Oeste com 23% menos chance de uso, caracterizando, dessa maneira, desigualdades geográficas no acesso aos serviços de saúde.

### 2.3.2.3 Barreiras organizacionais

As barreiras organizacionais compreendem as características da organização dos serviços de saúde que influenciam sua utilização. Tipo e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos ofertados podem dificultar ou facilitar o uso dos serviços. Por exemplo, horário de funcionamento, tempo de espera para atendimento, profissional disponível, acolhimento, humanização e qualidade técnica do cuidado são fatores que podem interferir no acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS, CASTRO, 2012).

Gonçalves et al (2014) realizaram um estudo para identificar as barreiras no acesso em saúde ao tratamento de câncer de mama, relatadas por mulheres durante o tratamento

quimioterápico no ano de 2011-2012. Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório com 58 mulheres com câncer de mama em quimioterapia, em um ambulatório de Aracaju, Sergipe. As barreiras organizacionais foram citadas tanto no período de investigação quanto no do tratamento do câncer e, dentre elas, a demora na marcação da consulta, exames e tratamentos, erro de diagnóstico por profissional de saúde e demora no resultado de exames foram os mais citados.

A demora na marcação da consulta também foi um achado no estudo de Diógenes (2011) sobre as barreiras enfrentadas por mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil, que as levavam a não realizarem o exame de Papanicolau. Detectaram-se novamente barreiras organizacionais, como relação entre o profissional de saúde e a usuária, que muitas vezes fazia com que a paciente não retornasse ao serviço de saúde, a demora na marcação de consulta, horário fixo para o exame, falta de orientação às pacientes quanto a necessidade do exame e sua periodicidade, atraso no resultado de exame e falta de material para sua realização. Este foi um estudo qualitativo realizado com 83 mulheres da cidade de Itapiúna, Ceará, no ano de 2008.

#### 2.3.2.4 Barreiras de informação

Atualmente, a informação em saúde é considerada uma característica importante dos serviços de saúde, que atua como facilitador da utilização destes serviços. Informações sobre o sistema de saúde, os serviços de saúde, doenças e tratamentos, impactam tanto na saúde das pessoas quanto no acesso aos serviços de saúde. Porém, sabe-se que a informação em saúde não depende somente das ações desenvolvidas pelos serviços, mas, também, pela cultura das famílias, escolaridade e acesso aos meios de informação como, por exemplo, a internet (TRAVASSOS, CASTRO, 2012).

Para Thiede (2008), informação significa colocar algo em forma diferente, transferindo de um estado para o outro, partindo do real ou tangível ao ideal ou abstrato. Informação é um elemento central que atravessa todas as dimensões do acesso, sendo o veículo para capacitar as pessoas a realizar as escolhas em saúde e, conseqüentemente, aumentar o acesso. Leite et al (2014) acrescenta que as legislações em vigor no Brasil estabelecem o direito que os usuários têm em receber informações claras e objetivas sobre seu estado de saúde. Estas informações fornecidas pelos profissionais de saúde permitem que o

usuário se aproprie destes dados, obtendo conhecimento e possibilitando que exerça sua cidadania.

Leite et al (2014) realizou uma pesquisa qualitativa para identificar a percepção dos usuários de um serviço de saúde sobre o direito à informação e integralidade do cuidado. Os autores referem que o acesso à informação tem papel primordial na promoção do cuidado integral e, para alcançá-lo, a equipe tem que estar sensibilizada para tornar o usuário protagonista de seu cuidado e torná-lo aliado neste processo. Participaram do estudo 22 usuários de uma unidade básica de saúde com idade superior a 18 anos, que tinham consultas previamente agendadas pela Clínica Médica. Foram relatadas dificuldades para a concretização do cuidado humanizado, onde os usuários apontaram fragilidades do cuidado, falta de atenção de profissionais, falta de informação, rapidez nas consultas médicas, que muitas vezes ocorriam sem um exame físico. Tais fatos acabam dificultando o vínculo com o profissional e, conseqüentemente, a confiança no tratamento.

### **2.3.3 Acesso e Utilização de serviços de saúde por idosos**

A melhoria das condições de saúde no país, a redução dos níveis de fecundidade e mortalidade com influência na estrutura etária da população, acarretaram o aumento da população idosa, trazendo impactos de ordem demográfica, socioeconômica e nas demandas de saúde (NUNES, 2004). Este crescimento da população idosa e o novo perfil epidemiológico de atenção à saúde representa um dos maiores desafios para a saúde pública, devido à maior carga de doenças e incapacidades que, como resultado, aumentam a demanda por serviços de saúde e sociais. No Brasil, essa situação é agravada pela ocorrência das doenças crônicas e de doenças infecciosas em idosos (LIMA-COSTA, 2009). Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, constatou-se que 6% das 200,6 milhões de pessoas residentes no Brasil ficaram internadas em hospitais por 24h ou mais nos últimos dez meses antes da entrevista, sendo que os idosos correspondiam a 10,2% desta população (IBGE, 2015).

A partir deste novo perfil da população brasileira, estudos têm sido realizados com a finalidade de entender como os idosos estão tendo acesso aos serviços de saúde no Brasil e no mundo, sua efetividade, a forma de utilização dos serviços, caracterização dos idosos que os procuram e os fatores predisponentes. Desta forma, espera-se que, partindo da compreensão

destes fatores, os sistemas de saúde possam se adequar a esta nova realidade que demanda modificações nas estruturas dos mesmos.

Martins et al (2014) realizaram um estudo inédito, propondo uma comparação entre a teoria e a prática relacionadas a Atenção ao Idoso na Atenção Primária a Saúde (APS), com avaliação de processos e ambiente físico das unidades. Os resultados identificaram um distanciamento entre o que se preconiza em documentos como Estatuto do Idoso, e os resultados empíricos. Foram avaliados 862 idosos com 60 anos ou mais em dois distritos de Porto Alegre, onde verificou-se que apenas metade desses idosos acessam a APS. Restrição ao acesso, desarticulação da rede de cuidados, limitação de serviços oferecidos e despreparo das equipes quanto as necessidades dos idosos foram fatores encontrados que podem inviabilizar a efetividade da APS segundo os autores.

Quanto ao uso de serviços de saúde entre idosos e adultos, algumas pesquisas buscam analisar os fatores associados e as possíveis diferenças entre eles. Com a finalidade de analisar as desigualdades sociais em saúde entre adultos e idosos, um estudo utilizou os dados da PNAD de 1998 e 2003 com uma amostra de 203.455 e 239.700 participantes, respectivamente.

As condições de saúde, o uso de serviços de saúde e a filiação ao plano de saúde de pessoas pertencentes ao quintil inferior de distribuição de renda, foram comparados com os de renda mais alta. Os resultados do estudo mostraram que nos dois períodos considerados, tanto em adultos quanto em idosos, aqueles pertencentes ao estrato mais baixo de renda tinham piores condições de saúde, pior função física e menor utilização dos serviços de saúde. A associação da renda familiar per capita com as condições de saúde e uso dos serviços de saúde não se alterou entre os dois períodos estudados, o que permitiu aos autores concluir que as políticas de saúde durante estes cinco anos não foram eficazes para a redução das desigualdades sociais em saúde e que não só medidas referentes à saúde pública, mas, também, de redução das desigualdades sociais devem ser tomadas para que esta realidade se modifique (COSTA, MATOS, CAMARANO, 2006).

A comparação entre adultos e idosos também foi realizada na pesquisa de Hargreaves et al (2015). Participaram do estudo 20.045 pessoas na faixa etária de adultos jovens (18 a 24 anos) e adultos mais velhos (25-34, 35-49, 50-64, 65 anos ou mais) de onze países considerados de alta renda: Austrália, Canadá, França, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos. Foram comparados três aspectos da assistência à saúde: satisfação, barreiras de custo para o acesso e indicadores referentes à informação adequada (qualidade da consulta, tempo, envolvimento e explicação).

Tanto a menor satisfação (em cinco de onze países) quanto as barreiras financeiras (seis de onze países) foram mais frequentes entre os adultos jovens. Na Holanda, Nova Zelândia e Reino Unido não houve diferença entre jovens adultos e adultos mais velhos em nenhum dos indicadores. Em cinco países (Austrália, Canadá, França, Noruega e Suíça) os indicadores de experiência foram menos positivos entre adultos jovens. Os autores informam que o estudo teve algumas limitações, como linguagem e cultura diferentes entre os países, que poderiam explicar algumas das diferenças encontradas, porém essas influências foram controladas analisando-se os adultos jovens e adultos mais velhos. Outra limitação citada foi o número reduzido de jovens na Noruega e Alemanha, por exemplo, e o baixo índice de respostas ao inquérito nestes países.

As barreiras arquitetônicas influenciam no acesso aos serviços de saúde dos idosos, devido à fragilidade e à dificuldade na marcha que podem ser mais comuns neste grupo etário. Nos estudos de Amaral et al (2012) e Siqueira et al (2009), que analisou as barreiras ao acesso aos serviços de saúde, fatores como a presença de degraus altos, escadas, banheiros não adaptados, buracos e esgotos em via pública, inadequação de calçadas próximas a Unidade de Saúde da Família, distância entre a residência e a unidade de saúde, foram relatados como dificultadores pelos idosos.

Com o intuito de aumentar o acesso de idosos com incapacidade funcional diante de diversas barreiras enfrentadas para chegar até o serviço de saúde, há a alternativa da atenção domiciliar, que possui potencial para aumentar o acesso desta população, além de humanizar o cuidado e fortalecer o vínculo com as equipes de saúde (WACHS et al, 2016). No entanto, verifica-se que a obtenção desta modalidade de serviço ainda é deficitária no Brasil, estando muitas vezes inacessível mesmo para idosos com incapacidade grave (FIALHO et al, 2014; AMARAL et al, 2012).

Os principais determinantes no acesso aos serviços de saúde por idosos foi avaliado no estudo de Almeida (2015). Este estudo partiu da análise da PNAD entre os anos 1998 e 2008 e verificou aumento (de 8 para 13%) na procura de serviços para tratamento de doenças no período e queda (de 9 para 5%) na procura por tratamentos preventivos e de rotina. Observou-se melhora na percepção de saúde pelos idosos e aumento da escolaridade.

Na utilização dos serviços de saúde, observou-se menor uso entre idosos de renda mais alta, que, quando utilizam são, na maior parte para serviços preventivos, quando sua auto percepção de saúde é tida como boa ou muito boa, e se dando, também, na presença de outros moradores no domicílio (para fins de tratamento de doença). A maior utilização dos serviços por idosos foi detectada quando estes têm planos de saúde (3,2 – 3,5% a mais) e quando há casal de idosos no domicílio (para fins preventivos). Foi detectado que no Nordeste a busca

por tratamentos de doença é menor se comparado às regiões Sudeste e Sul do país, o que pode ser explicado por dificuldade de acesso a tais serviços nesta região, necessitando de mais estudos a respeito (ALMEIDA, 2015).

A população idosa que vive em áreas rurais, além de enfrentar os problemas comuns do envelhecimento, estão sujeitas a maiores barreiras na obtenção dos serviços de saúde que necessitam, devido a menor disponibilidade dos serviços e maiores distâncias a serem percorridas (TRAVASSOS, VIACAVA, 2007). Em estudo transversal realizado com dados da PNAD de 1998 e 2003, foi analisado o padrão de acesso aos serviços de saúde por idosos que viviam na área rural. A proporção de consultas médicas e odontológicas no último ano, cobertura de mamografia e continuidade do cuidado foi mais baixa do que a dos idosos urbanos. Os resultados demonstraram que idosos com oitenta anos ou mais, por serem o grupo etário com piores condições de saúde, são os que enfrentam mais barreiras de acesso aos serviços de saúde, utilizando-os em menor proporção. As taxas de utilização dos serviços não são compatíveis com suas necessidades e a qualidade do cuidado não foi considerada boa. A predominância de pessoas com baixo poder aquisitivo na área rural e ausência de vínculo empregatício também são barreiras financeiras ao acesso (TRAVASSOS, VIACAVA, 2007).

Em um estudo semelhante, com análise qualitativa, que buscou descrever e analisar os fluxos de acesso de idosos residentes em área rural de um município do Rio Grande do Sul, os relatos abordaram principalmente recursos financeiros insuficientes, demora no atendimento, ausência de transporte e de profissionais médicos como dificultadores do acesso (ALCÂNTARA, LOPES, 2012).

A acessibilidade aos serviços de saúde por idosos indígenas foi estudada por Borghi et al (2013) e as dificuldades de acesso encontradas foram semelhantes aos estudos citados sobre idosos de população rural. O estudo de abordagem qualitativa foi realizado com 28 idosos e dezenove cuidadores da Terra Indígena Faxinal, localizada na cidade de Cândido de Abreu, no Paraná. Apesar de haver uma unidade de saúde na localidade da Terra Indígena Faxinal, que facilita a procura por cuidados de saúde, o horário de funcionamento representou uma barreira em determinados momentos, já que os idosos tinham que ser transportados aos serviços de emergência quando a unidade estava fechada. De acordo com os autores, muitas terras indígenas ainda não possuem unidades de atenção primária em seu território, transformando-se em limitadores do acesso. A demora nos serviços de referência do SUS foi igualmente citada.

Pensando em atenção integral à saúde do idoso, é importante que o idoso tenha acesso a todo serviço do qual tenha necessidade para atender sua demanda, incluindo serviços

de reabilitação, obtenção de medicamentos, realização de exames e atendimento odontológico.

No campo do serviço farmacêutico e obtenção de medicamentos, estudos demonstram que ainda há dificuldades na aquisição de medicamentos através de estratégias disponibilizadas pelo SUS, havendo falta de medicamentos e dificuldades de cadastramento de idosos nas unidades de saúde para obtenção dos mesmos (BALDONI et al, 2014; GERLACK et al, 2013).

No estudo de Costa, Francisco e Barros (2016), que analisou a utilização e fontes de obtenção de medicamentos entre adolescentes, adultos e idosos, somente 30% dos que referiram uso de medicamentos tiveram sua obtenção através do SUS. Em sua maioria foram pessoas com mais idade, viúvos, não brancos, com menor escolaridade, menor renda familiar e não tinham plano de saúde. Os autores destacaram que para uma considerável parcela da população que tem baixa renda, o acesso gratuito de medicamentos é a única opção para sua obtenção.

No âmbito da atenção odontológica, Austregésilo et al (2015) realizou uma revisão integrativa a respeito da acessibilidade a serviços de saúde bucal por idosos. Na revisão foram apresentados onze artigos publicados entre 2005 e 2012, das bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO). Com base nos artigos, os autores constataram que a condição de saúde bucal dos idosos é deficiente e se enfatizou a necessidade do planejamento da atenção à saúde do idoso.

Na literatura internacional, a preocupação com o acesso dos idosos aos serviços de saúde também é uma realidade. Condelius e Andersson (2015) realizaram uma pesquisa qualitativa a partir da perspectiva de familiares de idosos sobre acesso aos cuidados de saúde em sua fase final de vida. A pesquisa foi realizada em 2011, com catorze familiares de pessoas que faleceram em instituições de longa permanência na Suécia. Deste quantitativo, quatro pessoas tinham idade entre 51-60 anos quando foram a óbito e o restante tinha mais de 60 anos.

Quanto à utilização dos serviços de saúde, foi detectado que, além da admissão nas instituições de longa permanência, os idosos tiveram acesso a atenção primária, hospitalar, odontológica e ao cuidado informal, onde família, vizinhos e amigos atendiam suas necessidade sociais e de estímulo, ao levá-los para caminhar e fazer compras, entre outros. A insatisfação com o cuidado relatado pelos familiares ocorreu quando não havia confiança na equipe, em falhas de comunicação, ausência de atividades sociais nas instituições e no transporte de deficientes (CONDELIUS, ANDERSSON, 2015).

Em países que não possuem sistemas de saúde universal, o acesso aos serviços de saúde e a barreira financeira tornam-se um desafio. Em um estudo realizado em Ghana, na África Sub-Sahariana, um dos poucos países desta região que participa do *National Health Insurance Scheme* (NHIS), foi analisado se a isenção de seguro de saúde para idosos aumenta o acesso aos cuidados de saúde. O NHIS tem como objetivo a melhoria do acesso e da qualidade de saúde a todos os cidadãos. Esta política tem como principal meta aumentar o acesso aos seguros de saúde e fornecer cuidados de saúde gratuitos a pessoas com mais de 70 anos. Avaliando as diferenças e os determinantes da inscrição no NHIS em Ghana, verificou-se aumento nas inscrições do seguro nos grupos maiores de 60 anos quando comparados às demais faixas etárias. Além disso, a utilização dos serviços de saúde aumentou significativamente com a idade (DUKU, DULLEMEN, FENENGA, 2015).

Em Camboja foi realizado um estudo sobre o acesso financeiro de idosos aos cuidados de saúde, através de inquéritos domiciliares representativos nacionais dos anos de 2004, 2009 e 2014. A procura por cuidados de saúde aumentou significativamente entre 2004 e 2014 e, com ela, a incidência de despesas de saúde. Os idosos de áreas rurais foram mais susceptíveis a sofrer dificuldades financeiras com as despesas de saúde do que os que viviam na área urbana. Em 2014, o gasto entre os idosos foi de 50% a mais por mês com a saúde do que os mais jovens. O estudo concluiu que as intervenções para a equidade nos cuidados de saúde para idosos devem ser dirigidos às áreas rurais e que a reconfiguração dos sistemas de proteção social é indispensável (JACOBS, GROOT, ANTUNES, 2016).

Pode-se observar, ao longo da revisão da literatura realizada neste trabalho, que o crescente aumento da população idosa no país, que segue a tendência mundial, acarreta em aumento de demandas sociais, econômicas e, principalmente, de saúde. Verifica-se que o sistema de saúde brasileiro ainda não possui estrutura física, humana e tecnológica suficiente para garantir o acesso aos serviços de saúde de acordo com os princípios da universalidade, integralidade e equidade, garantidos pela Constituição e pela Lei Orgânica de Saúde. Estudos que analisem essas demandas e os aspectos ligados ao acesso e utilização dos serviços de saúde são importantes para a compreensão das necessidades da população e organização dos serviços.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Verificar a prevalência do acesso e uso de serviços de saúde e fatores associados em idosos da Zona Norte do Município de Juiz de Fora – MG.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever o perfil demográfico, socioeconômico e situação de saúde dos idosos.

Verificar a prevalência da utilização de consultas médicas e internações hospitalares.

Investigar fatores associados à utilização de consultas médicas e internações hospitalares.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional de delineamento transversal, realizado por meio de inquérito domiciliar.

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na região Norte do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, situada na região da Zona da Mata Mineira, que possui gestão plena do sistema de saúde municipal desde 2002. A cidade possuía uma população de 516.247 habitantes em 2010, de acordo com o último Censo do IBGE, dos quais 13,6% eram idosos, estando acima da média de Minas Gerais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). A população estimada no município foi de 563.769 em 2017 (IBGE, 2017d).

Juiz de Fora possui 63 unidades de atenção primária em saúde (UAPS), correspondendo à cobertura de 81% da população do município, apresentando a região Norte a maior cobertura (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). O município adota a ESF e, em dezembro de 2017, contava com 94 equipes responsáveis pelo atendimento de 57,95% de sua população (BRASIL, 2017). O atendimento de emergência pelo SUS na região Norte é realizado por uma unidade de Pronto Atendimento, que funciona 24h.

A amostra é representativa da população de Juiz de Fora, pois a região Norte constitui-se o segundo maior quantitativo populacional da cidade, tendo a maior disponibilidade territorial na área urbana (cerca de 51%). Além disso, apresenta o maior número de bairros (mais de 79), concentração de assentamentos subnormais (1.998 domicílios) e programas sociais, incluindo os destinados à terceira idade (CRUZ et al, 2012; FREITAS, 2012).

### 4.3 AMOSTRAGEM E POPULAÇÃO

#### 4.3.1 Primeira fase da amostra

O presente estudo origina-se da segunda fase de uma coorte formada por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, moradores da região Norte de Juiz de Fora, MG, denominada Inquérito de Saúde do município de Juiz de Fora.

A primeira etapa do estudo possuía como desfecho principal a prevalência de quedas e foi realizada em 2010 (UFJF, 2011). Participaram desse primeiro momento 462 idosos, sendo 42 excluídos por apresentarem quadro sugestivo de declínio cognitivo, apontado pelo Mini-Exame do Estado Mental, e não possuírem familiares e/ou cuidadores para responderem ao questionário. Os participantes desta pesquisa foram selecionados por meio de um processo de amostragem aleatória estratificada e conglomerada em múltiplos estágios.

As unidades primárias de amostragem foram os setores censitários, sendo sorteados no total 22 setores. Para o sorteio, os setores foram agrupados em estratos definidos de acordo com as diferentes modalidades de atenção à saúde a qual a população do setor estava adscrita, subdivididos em Atenção Primária (Estratégia de Saúde da Família ou tradicional); Atenção Secundária (Policlínica) e área descoberta. A seleção dos setores censitários foi feita com probabilidades proporcionais ao seu tamanho (população residente segundo dados do Censo Demográfico de 2000) de forma independente em cada estrato, por meio de amostragem sequencial de Poisson.

#### 4.3.2 Segunda fase: amostra do presente estudo

A coleta de dados para a segunda fase deste projeto foi realizada entre os meses de outubro de 2014 e março de 2015. Devido esta etapa do estudo possuir múltiplos desfechos, o tamanho amostral foi recalculado com base na prevalência de 50%, deff 1,5 (considerando efeito de estratificação e cluster) e nível de confiança de 95%. Foram inicialmente revisitados todos 430 domicílios de idosos participantes da primeira fase do estudo (correspondente a 462 idosos). Nestes domicílios, se fosse identificado outro idoso além do participante da pesquisa anterior, este também era convidado a participar.

As perdas (195) ao longo dos anos decorridos incluíram: alteração de endereço sem possibilidade de identificação do novo endereço, idoso ausente após três tentativas de contato em horários e dias diferentes, entrada em instituição de longa permanência, internação prolongada e óbito. Das perdas, consideram-se ainda dezenove pessoas que se recusaram a participar do estudo. Nos casos de alteração de endereço, foram realizadas tentativas da localização da nova residência, sendo consideradas perdas aqueles em que não foi possível tal localização. As moradias antigas com novas famílias, que continham idoso, foram considerados na amostra final.

Para compensar as perdas, foi usado o método *oversample* (RAHMAN; DAVIS, 2013), respeitando a amostragem por conglomerados. Assim sendo, em 2014 participaram do inquérito 423 idosos, sendo que 58,6% (248/423) pertenciam à coorte de 2010 e os demais, 41,4% (175/423), correspondiam aos novos idosos. Com o objetivo de minimizar possíveis impactos da inclusão dos novos idosos na amostra, o cálculo dos pesos amostrais procurou refletir tais situações.

A pesquisa foi, portanto, composta de 423 idosos, sendo 23 excluídos devido a ausência de familiar ou cuidador para responder a entrevista quando necessário. Dos 400 questionários aplicados, 315 foram respondidos pelo próprio idoso e, para os que apresentaram quadro sugestivo de comprometimento da capacidade cognitiva apontada pelo MEEM (85), foi utilizado outro respondente. Para responder como informante do idoso, a pessoa deveria ser um familiar ou cuidador do mesmo por no mínimo um ano e ter mais de 18 anos de idade.

As variáveis dependentes do estudo foram o uso de consulta médica e de internação hospitalar pelos idosos da amostra. O uso de consulta médica foi investigado através da pergunta: “Nos últimos três meses o (a) senhor (a) consultou médico no consultório ou em casa?”, sendo a resposta dicotômica (sim ou não). Da mesma forma, para investigar a variável internação hospitalar, foi questionado: “Nos últimos doze meses, quantas vezes você foi internado? ”, sendo as respostas nenhuma, 1 ou mais vezes. Para categorização da variável, optou-se pelas opções “não” como indicativo de nenhuma internação ou sim, indicando a internação (uma ou mais vezes).

No estudo sobre acesso e utilização dos serviços de saúde, para o desfecho internação hospitalar, a questão utilizada : C.2) “Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado (a)?” foi retirada da Escala de Fragilidade de Edmonton. Para esta escala contou-se com a participação de 339 idosos. Os 61 idosos excluídos apresentaram erros significativos no Teste do Relógio, independente do resultado obtido no MEEM e não tiveram outro respondente para essa escala.

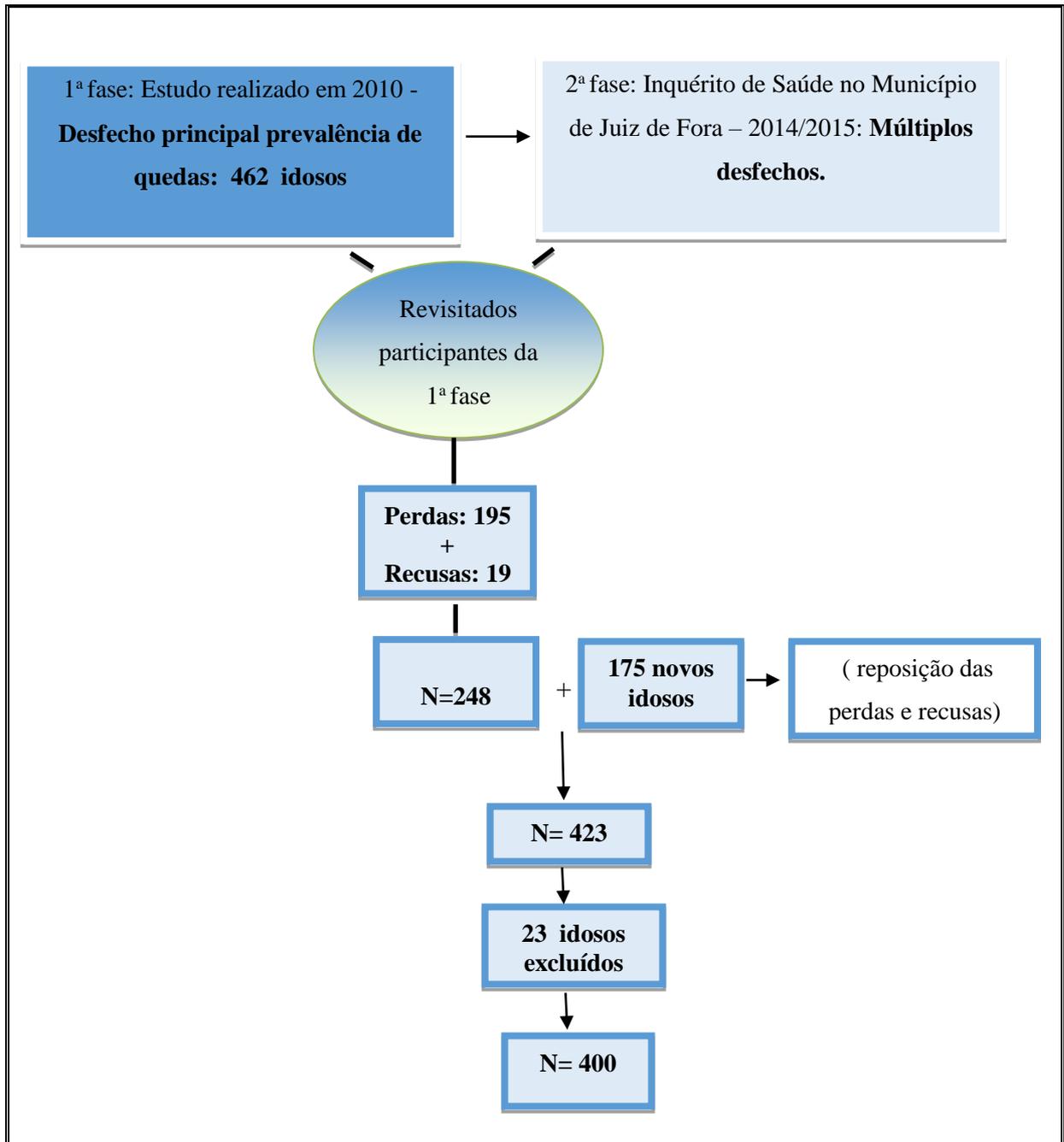


Figura 7. Organograma representando a formação da amostra de 2015.

Fonte: A autora.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados da amostra total foi precedida por um estudo piloto, realizado com cinquenta indivíduos idosos do município de Juiz de Fora, diferentes daqueles selecionados para a amostragem da pesquisa. O estudo piloto teve como objetivo treinar os pesquisadores,

detectar possíveis dificuldades na interpretação das perguntas pelos idosos e aperfeiçoar o instrumento de coleta.

A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, por meio de entrevista face a face, com cerca de quarenta minutos de duração, entre os meses de outubro de 2014 e março de 2015. Os entrevistadores consistiam em dezesseis alunos de graduação e pós-graduação de cursos da área de saúde da UFJF. Cada entrevista foi conduzida por uma dupla de pesquisadores, para maior segurança, organização e confiabilidade dos dados. Os pesquisadores foram devidamente selecionados, treinados e orientados para a aplicação dos instrumentos.

Os pesquisadores principais foram responsáveis pela supervisão de campo e durante todo o período da pesquisa, acompanharam e avaliaram os entrevistadores para a garantia da qualidade dos dados coletados. Além disso, uma nova entrevista parcial foi realizada com 10% da amostra, com o intuito de controlar a qualidade das informações coletadas.

#### 4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado no inquérito (Anexo B) foi composto pelos seguintes blocos temáticos: identificação dos participantes, triagem cognitiva, perfil demográfico e socioeconômico, fenótipo de fragilidade, perfil de saúde incluindo autopercepção de saúde, rastreio de depressão e ansiedade, histórico e adesão do uso de medicamentos, quedas, utilização de serviços de saúde, hábitos de vida, autoeficácia para evitar quedas, capacidade funcional, medidas antropométricas e testes específicos.

As escalas e testes relacionados ao objetivo deste estudo serão detalhados a seguir.

##### **4.5.1 Mini Exame do Estado Mental**

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um instrumento que foi publicado em 1975, nos Estados Unidos, com o objetivo de avaliar o estado mental e sintomas de demência. Foi desenvolvido devido à necessidade de uma avaliação simplificada, padronizada

e rápida no contexto clínico (MELO, BARBOSA, 2015; FOLSTEIN, FOLSTEIN, MCHUGH, 1975).

O MEEM foi traduzido e validado para a língua portuguesa e diversos autores propuseram ajustes para a versão brasileira (LOURENÇO, VERAS, 2006; ALMEIDA, 1998; BERTOLUCCI et al, 1994). No estudo de Bertolucci et al (1994) para aplicação na população geral, o instrumento obteve sensibilidade de 82,4% para analfabetos, 75,6% para baixa e média escolaridade e 80% para alta escolaridade. A especificidade obtida foi de 97,5% para analfabetos, 96,6% para baixa e média escolaridade e 95,6% para alta escolaridade. Tem sido utilizado em estudos epidemiológicos com idosos da comunidade, hospitalizados e em Instituições de Longa Permanência (PEDROSO et al, 2018; FREITAS et al, 2017; TAVARES et al, 2017; LEITE, SALVADOR, ARAÚJO, 2009).

Trata-se de um instrumento breve e de fácil aplicação, sendo composto por questões que abrangem áreas como: concentração, orientação têmporo-espacial, registro, memória de curto prazo, atenção, cálculo, linguagem e práxis, possibilitando uma avaliação concisa do estado mental do indivíduo avaliado. Cada tarefa é pontuada, totalizando uma escore máximo de trinta pontos. Escores baixos no MEEM indicam declínio cognitivo (DINIZ; VOLPE; TAVARES, 2007; FOLSTEIN, FOLSTEIN, MCHUGH, 1975).

O desempenho na escala em questão sofre grande influência da escolaridade. No Brasil, um país com grande número de analfabetos e indivíduos com baixa escolaridade, é imprescindível a estratificação de pontos de corte considerando-se tal variável, evitando-se, dessa forma, erros na classificação de idosos que apresentem performance cognitiva compatível com sua escolaridade (DINIZ; VOLPE; TAVARES, 2007). Diferentes pontos de corte, considerando-se esta variável, foram propostos por diferentes autores (CARAMELLI et al, 1998; ALMEIDA et al, 1998; BERTOLUCCI et al, 1994). Entretanto não existe ainda nenhum consenso a respeito de qual deve ser esse valor, para que seja efetivamente adotado (LOURENÇO, VERAS, 2006; LAKS et al, 2003; ALMEIDA et al, 1998).

Por essa dificuldade em sistematizar um ponto de corte adequado a todas as demandas, neste estudo foi adotado o ponto de corte utilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, que faz o uso desse instrumento para avaliação do indivíduo idoso. A pontuação mínima esperada para idosos com quatro anos ou mais de escolaridade é 25 pontos, e para idosos com menos de quatro anos de escolaridade é 18 pontos. Pontuações inferiores são indicativas de comprometimento cognitivo (MINAS GERAIS, 2008).

#### 4.5.2 Critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ( ABEP)

Em 1997, foi proposta a criação do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), que objetivou a disponibilização de um sistema de pontuação proxy que medisse o poder de compra de um domicílio nas regiões metropolitanas brasileiras, utilizando dados objetivos e de fácil coleta no campo. A divisão de mercado passou a ser definida como classes econômicas, e não mais classes sociais, e este critério esteve em vigor até dezembro de 2014 (KAMAKURA, MAZZON, 2016; ABEP, 2008).

Os critérios avaliam presença de empregada doméstica no domicílio, banheiro, eletrodomésticos e automóveis, com seu respectivo quantitativo, além do grau de instrução do chefe da família. A pontuação varia de acordo com o número de itens que é citado pelo entrevistado, sendo 0 quando não possui o item. De acordo com a pontuação, os indivíduos são classificados nas seguintes classes econômicas, estimando-se a renda média familiar, conforme quadro a seguir:

Classe Econômica	Pontuação	Renda Média familiar (R\$)	Valores aproximados em salários mínimos (SM) - 2008
A1	42 a 46	9.733	23,5 SM
A2	35 a 41	6.564	15,8 SM
B1	29 a 34	3.479	8,4 SM
B2	23 a 28	2.013	4,9 SM
C1	18 a 22	1.195	2,9 SM
C2	14 a 17	726	1,7 SM
D	8 a 13	485	1,2 SM
E	0 a 7	277	0,7 SM

**Quadro 2. Renda familiar por classes**

Fonte: Adaptado de ABEP, 2008.

O salário mínimo em 2008 era de R\$415. No presente trabalho, as classes econômicas foram agrupadas em A, B, C, D e E, para melhor análise dos dados.

### 4.5.3 Escala de Fragilidade de Edmonton

A fragilidade é uma síndrome clínica prevalente entre idosos, que acarreta maior vulnerabilidade a fatores estressantes, e conseqüentemente leva ao declínio das habilidades para execução das atividades da vida diária, conforme o avanço da idade do indivíduo. Os idosos frágeis apresentam risco elevado para quedas, hospitalizações e incapacidade, necessitando de cuidados permanentes para prevenção de tais desfechos (BORGES et al, 2013; LINCK, CROSSETTI, 2011).

A Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) foi desenvolvida por Rolfson et al (2006) como uma nova proposta clínica, com o objetivo de facilitar a avaliação de fragilidade. Esse instrumento foi adaptado e validado para a população brasileira (FABRÍCIO-WEHBE et al, 2009). Neste estudo, no teste intereobservador, obteve-se Kappa de 0,81 (IC 0,61-1,00) e coeficiente de correlação intraclassa de 0,87 ( $p < 0,001$ ). No intraobservador, o Kappa foi de 0,83 (IC 0,72-0,94). Esta escala vem sendo utilizada em diversos estudos para avaliação de fragilidade em idosos institucionalizados, hospitalizados e da comunidade (PERNA et al 2017; FILIPPIN et al, 2016; GRDEN et al, 2015; BORGES et al, 2013).

A escala é composta por onze questões, divididas em nove domínios distintos, sendo a pontuação máxima de dezessete pontos: cognição, percepção do estado de saúde geral, independência funcional, apoio social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. O domínio cognitivo, que compreende o Teste do Relógio (TDR) e o domínio funcional, que compreende o Teste do Levante e Ande Cronometrado, são testes baseados no desempenho. O TDR deve ser aplicado independente do resultado obtido no MEEM e de acordo com o resultado deste teste define-se o respondente, que pode ser o próprio idoso ou outro respondente (FABRÍCIO-WHEBE et al, 2009; ROLFSON et al, 2006).

A análise da fragilidade é feita de acordo com as pontuações: 0-4 nenhuma fragilidade; 5-6, aparentemente vulnerável; 7-8 fragilidade leve; 9-10, fragilidade moderada; 11 ou mais, fragilidade grave. Neste estudo, baseado na literatura (FILIPPIN et al, 2016; BORGES et al, 2013; FERNANDES, 2010) os indivíduos foram classificados em três grupos: não-frágeis (0-4), vulnerável (5-6) e frágeis ( $\geq 7$ ).

#### 4.5.4 Patient Health Questionnaire (PHQ-4):

A depressão e a ansiedade são transtornos mentais comuns na população geral e podem coexistir (KROENKE et al., 2009). Entre os instrumentos válidos para ser usado no rastreamento de indivíduos com risco de depressão, encontra-se o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), considerado de rápida aplicação, por ser composto por nove questões. O PHQ-9 é derivado do PRIME-MD, que foi, a princípio, desenvolvido para identificar cinco transtornos mentais comuns em atenção primária à saúde: depressão, ansiedade, abuso de álcool, transtornos somatoformes e transtornos alimentares (SANTOS et al., 2013).

Da mesma forma que o PHQ-9 é utilizado para avaliar e monitorar a gravidade da depressão, foi criada a GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder*), uma escala para diagnosticar transtornos de ansiedade, contendo sete itens (KROENKE et al., 2009).

O PHQ-4 foi publicado pela primeira vez em 2009 e é composto pelos dois primeiros itens do PHQ-9, que medem a depressão (conhecido como PHQ-2), concentrando-se em humor deprimido e perda de interesse, critérios principais para diagnóstico de depressão maior (LOWE et al, 2010) e os dois primeiros itens do GAD-7 (conhecido como GAD-2) sendo uma medida de ansiedade. Portanto, têm-se os principais itens para diagnóstico de transtorno depressivo e de ansiedade generalizada (STANHOPE,2016; KROENKE et al, 2009).

O instrumento foi validado para uso na Atenção Primária e população geral (LOWE et al, 2010; KROENKE et al, 2009) e demonstrou ser uma importante ferramenta de rastreio. É composto por quatro perguntas, com possibilidade de escolha entre quatro respostas para cada item, variando a pontuação entre zero e três pontos. A pontuação total varia entre zero e doze pontos. Os subitens do PHQ-4 (PHQ-2 e o GAD-2) proporcionam contagens separadas de depressão e ansiedade, variando de zero a seis cada subitem (LOWE et al, 2010). Gaya (2011) validou o PHQ-2 para o Brasil, obtendo um índice de fidedignidade >0,98%, sensibilidade de 0,74 e especificidade de 0,87 no ponto de corte 3.

Na prática clínica, para considerar a presença de desordem depressiva ou de ansiedade, sugere-se considerar escores maior ou iguais a seis pontos. Para o PHQ-2 e GAD-2, escores maiores ou iguais a três pontos devem ser utilizados como ponto de corte para prováveis casos de depressão ou ansiedade (LOWE et al, 2010).

#### 4.5.5 AUDIT-C

O teste AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em um projeto colaborativo entre seis países na década de 1980, com o intuito de fornecer identificação de transtornos referentes ao consumo de álcool nos cuidados primários. Esse instrumento conta com dez perguntas que abordam o uso recente do álcool, dependência do álcool, sintomas e problemas relacionados ao seu consumo (WHO, 2001). No Brasil, este teste foi validado por Mendez (1999) em usuários da atenção primária, com sensibilidade de 0,92 e especificidade de 0,62 no ponto de corte 7/8.

A aplicação de um instrumento com dez perguntas era difícil de ser incorporado à rotina de entrevista do paciente na atenção primária (BUSH et al, 1998) e, sendo assim, foram criadas diversas escalas abreviadas do AUDIT, dentre elas o AUDIT-C, que foi validada em estudo internacional (Bush, 1998) e posteriormente no Brasil (GAYA et al, 2010). Na validação brasileira, a escala apresentou especificidade e sensibilidade de 0,83 e 0,90 respectivamente, para rastrear abuso de álcool; 0,88 em ambas para rastreio de dependência de álcool e 0,91 e 0,85 para transtornos relativos ao uso do álcool. O mesmo tem sido utilizado de forma positiva em estudos sobre o tema (SETH et al 2015; RIBEIRO, 2011; FRANK et al, 2008).

O AUDIT-C, assim como o AUDIT, tem a função de investigar o padrão de consumo de álcool da população, porém é importante ressaltar que fornece pouco ou nenhum dado sobre danos ou dependência do álcool (RAISTRICK, HEATHER, GODFREY, 2006). O AUDIT-C é composto por três perguntas que envolvem: a frequência do consumo alcóolico, quantitativo de doses e a frequência com que ingere seis doses ou mais. Para o correto preenchimento do instrumento, é estipulada a dose-padrão de álcool de acordo com a bebida. Cada pergunta tem cinco opções de resposta, podendo a pontuação variar de 0 a 4 pontos. A pontuação total da escala varia de 0 a 12 pontos. Homens são classificados de baixo risco quando pontuam entre 0 e 3; risco moderado entre 4 e 5 pontos; alto risco entre 6 e 7 pontos e risco severo entre 8 e 12 pontos. Mulheres que pontuam entre 0 e 2 pontos são consideradas de baixo risco, entre 3 e 5 pontos, risco moderado; entre 6 e 7 pontos, alto risco e 8 a 12 pontos, risco severo (USA, 2008). Neste trabalho optou-se por utilizar a classificação baixo risco e alto risco, respeitando-se a diferença nas pontuações entre homens e mulheres.

#### 4.5.6 Escala de Lawton e Brody

O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida alertam para maior atenção quanto à capacidade funcional desta população. Na área da saúde, esta avaliação é primordial para a escolha da melhor intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos idosos (SANTOS, JUNIOR, 2008).

A capacidade funcional pode ser definida como as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma para desenvolver as atividades básicas da vida diária até as ações mais complexas do cotidiano, sem necessidade de ajuda, proporcionando uma melhor qualidade de vida. A capacidade funcional é fundamental para o bem-estar do idosos e qualquer ameaça ou deterioração à autonomia do indivíduo traz consequências negativas às suas condições de saúde (FHON et al., 2012a; SANTOS, JUNIOR, 2008).

A capacidade funcional está relacionada com o potencial que o idoso apresenta para decidir e atuar em sua vida no cotidiano, de forma independente. A incapacidade funcional, por sua vez, refere-se à dificuldade ou necessidade de ajuda para executar tarefas cotidianas, contemplando dois tipos de atividades: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (BARBOSA et al., 2014). No presente estudo, foi investigada a capacidade funcional para AIVD, através da escala elaborada por Lawton e Brody (1969), validada no Brasil por Santos e Junior (2008). O índice de correlação intraclass obtido foi considerado quase perfeito quanto à estabilidade das medidas no estudo de validação, sendo de 0,89 na reprodutibilidade e 0,80 na objetividade. As escalas de autopercepção são mais frequentemente usadas do que os testes de desempenho físico, devido a apropriação como medida de levantamentos populacionais (COSTA, 2006).

Optou-se por utilizar a escala de Lawton e Brody neste inquérito domiciliar por ter sido utilizado na primeira onda da coorte transversal e por se tratar de uma ferramenta que é referência para avaliação funcional do idoso na Atenção Básica pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) e pela Linha Guia de Cuidado da Atenção à Saúde do Idoso da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006). Além disso, essa escala é amplamente utilizada nos estudos gerontológicos no Brasil (BERLEZI et al, 2016; BARBOSA et al, 2014; SANTOS, CUNHA, 2013; FHON et al, 2012a; DEL DUCA, SILVA, HALLAL, 2009).

As perguntas sobre atividades diárias para rastreamento de dependência funcional em idosos foi validado por Ramos et al (2013) e em recente estudo realizado por Rebouças et al

(2017), demonstrando que tais atividades podem ser indicadores válidos. Na escala de Lawton e Brody são investigadas nove atividades instrumentais: usar o telefone, fazer compras, cuidar do dinheiro, preparar a própria refeição, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar a roupa, tomar os medicamentos e ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte. Para cada questão são propostas três alternativas: realiza sem ajuda (3 pontos), realiza com ajuda parcial (2 pontos), não consegue realizar (1 ponto). A pontuação máxima da escala é de 27 pontos e a capacidade funcional é classificada como independência (19 a 27 pontos), dependência parcial (10 a 18 pontos) e dependência importante (9 pontos ou menos). No presente estudo a variável foi categorizada em independência ou dependência (parcial+importante).

## 4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

### 4.6.1 Variáveis dependentes

Acesso é a possibilidade do uso dos serviços de saúde quando necessário (TRAVASSOS, OLIVEIRA, VIACAVA, 2006) e a utilização desses serviços, torna-se portanto, uma expressão positiva do acesso (TRAVASSOS, VIACAVA, 2007). Foram utilizados como variáveis *proxy* para a medida de acesso e utilização dos serviços de saúde, o uso de consulta médica e internação hospitalar.

O uso de consulta médica foi investigado através da pergunta: D.16.1)“Nos últimos três meses o(a) senhor(a) consultou médico no consultório ou em casa?”, sendo a resposta dicotômica (sim ou não). Da mesma forma, para investigar a variável internação hospitalar, foi questionado: C.2a)“Nos últimos doze meses, quantas vezes você foi internado?”, sendo as respostas nenhuma, 1 ou mais vezes. Para categorização da variável, optou-se pelas opções “não como indicativo da não internação nenhuma ou sim, indicando a internação (uma ou mais vezes).

### 4.6.2 Variáveis independentes

#### 4.6.2.1 Variáveis Sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas foram coletadas por meio de questões estruturadas que verificaram: idade, sexo, escolaridade, raça, situação conjugal, arranjo domiciliar, classe socioeconômica, religião, presença ou não de cuidador.

#### 4.6.2.2 Perfil de Saúde

O perfil clínico de saúde foi observado através do relato da presença de déficit cognitivo (A.3), fragilidade (C.11), dificuldade para andar (D.6), necessidade de ajuda para andar (D.7), presença de depressão e /ou ansiedade (D.8), presença ou ausência de morbidades referidas (D.18), histórico de hipertensão arterial (D.19), uso de medicação contínua (E.1), histórico de quedas (F.1).

A avaliação da Capacidade Funcional foi realizada através da aplicação da escala de Lawton e Brody a fim de verificar as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), determinando independência ou dependência funcional entre os idosos.

#### 4.6.2.3 Autopercepção de Saúde

A avaliação da percepção de saúde foi realizada através de questões que verificaram a percepção de saúde do idoso em relação à sua própria saúde. Para essa verificação foi feita a seguinte pergunta: D.1) “O(a) Sr(a) classificaria seu estado de saúde, como: (excelente, muito boa; boa; regular; ruim)”. No presente estudo, essa variável foi categorizada em positiva (excelente; muito boa; boa) e negativa (regular; ruim). Para avaliação desta variável, serão utilizados somente os questionários respondidos pelo próprio idoso.

A seguir, apresentamos o quadro com as variáveis e agrupamentos para elucidar melhor a análise de dados.

BLOCO	QUESTÃO	AGRUPAMENTO
	A.1) QUAL A IDADE DO(A) SR(A)? anos completos	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 ou mais

S O C I O D E M O G R Á F I C O	A.2) SEXO (1) Feminino (2) Masculino	
	A.4)QUANTOS ANOS COMPLETOS O(A) SR(A) ESTUDOU?	0 a 4 anos 5 ou mais
	B.1) QUAL A SUA RAÇA/COR DA PELE? (1)- Branca (2) – Preta (3) – Amarela (4) – Parda (5) – Indígena (6) – Não soube declarar	Branca (1) Afrodescendentes (2) +(4) Amarelo ou indígena (3)+(5)+(6)
	B.2) QUAL É A SUA SITUAÇÃO CONJUGAL? (1) Solteiro (2) Casado/ União Estável (3) Viúvo (4) Separado/ Divorciado (5) Outros	Sem companheiro (1+3+4+5) Com companheiro (2)
	B.3) O(A) SR(A) MORA SOZINHO OU COM MAIS ALGUÉM? (1) Reside só (2) Reside acompanhado	
	B.4) NÍVEL SOCIOECONÔMICO (CRITÉRIOS DA ABEP) A1 A2 B1 B2 C1 C2 D E	A (1+2) + B (3+4) C (5+6)+D + E (7+8)
	B.5) QUAL É A SUA RELIGIÃO? (1) Nenhuma (2) Católica (3) Protestante (4) Espírita (5) Judaica (6) Outra (especifique)	Tem religião (2)+(3)+(4)+(5)+(6) Não tem religião (1)
S O C I O D E M O G R Á F I C O	B.12) O SR(A) POSSUI CUIDADOR? (1) Não (2) Sim, familiar. Especifique (3) Sim, amigo (4) Sim, contratado (5) Outro. Especifique	Não Sim (2)+(3)+(4)+(5)
	AUTOPER- CEPÇÃO DE SAÚDE	D.1) O (A) SR(A) CLASSIFICARIA SEU ESTADO DE SAÚDE COMO (1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Regular (5) Ruim

P E R F I L D E S A Ú D E	A.3) ESCORE TOTAL DO MEEM SUGESTIVO DE COMPROMETIMENTO COGNITIVO ( ) NÃO ( ) SIM	Ausente Presente Não se aplica
	C.11) CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE FRAGILIDADE (1) 0 a 4 pontos, não apresenta fragilidade (2) 5 e 6 pontos, aparentemente vulnerável (3) 7 e 8 pontos, fragilidade leve (4)- 9 e 10 pontos, fragilidade moderada (5)- 11 pontos ou mais, fragilidade severa	Não-frágeis (1) Vulnerável (2) Frágeis (3)+(4)+(5)
	D.6) TEM ALGUMA DIFICULDADE PARA ANDAR? (1) Sim (2) Não	
	D.7) O SR. (A) PRECISA DE AJUDA PARA ANDAR? (1) Não (2) Auxílio de ajuda humana (3) Bengalas ou muletas (4) Andador (5) Cadeira de rodas (6) Mais de uma opção	Não (1) Sim (2)+(3)+(4)+(5)+(6)
	D.8) DURANTE AS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR(A) FOI INCOMODADO(A) PELOS PROBLEMAS ABAIXO (1) Sentir-se nervoso (a), ansioso (a) ou muito tenso (a) (2) Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações  Soma 1 e 2	Ausência Presença
	(3) Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas. (4) Se sentir “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva.  Soma 3 e 4	Ausência Presença
	D.18) O (A) SR(A) TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? (1) SIM (2) NÃO Caso positivo, qual?	
	D.19) ALGUM MÉDICO JÁ DISSE QUE O(A) SR(A) TEM PRESSÃO ALTA? (1) Sim (2) Não	

P E R F I L D E S A Ú D E	E.1) O(A) SR(A) FAZ USO CONTÍNUO DE ALGUM REMÉDIO? (1) Sim (2) Não	
	F.1) NO ÚLTIMO ANO, O(A) SR(A) CAIU ALGUMA VEZ? (1) Sim Quantas vezes? (2) Não	
	J.12) CLASSIFICAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL: (1) 19 a 27 pontos, independência (2) 10 a 18 pontos, dependência parcial (3) 9 pontos para baixo, dependência importante.	Independente (1) Dependente (2)+(3)
H Á B V I I T D O A S D E	G.1) NO PASSADO, O(A) SR(A) FUMOU ALGUM PRODUTO DO TABACO? (1) Sim (2) Não	
	G.2) ATUALMENTE, O (A) SR(A) FUMA ALGUM PRODUTO DO TABACO? (1) Sim (2) Não	
	H.4) TOTAL DE PONTOS AUDIT C: <u>Homens:</u> 0-3 pontos – baixo risco 4-5 pontos – risco moderado 6-7 pontos – risco alto 8-12 pontos- risco severo <u>Mulheres:</u> 0-2 pontos: baixo risco 3- 5 pontos: risco moderado 6-7 pontos: risco alto 8-12 pontos:risco severo	Homens: 0-3 pontos : negativo 4-12 pontos: positivo  Mulheres: 0-2 pontos: negativo 3-12 pontos: positivo
S A T I S F A Ç Ã O	D.15) O(A) SR(A) ESTÁ SATISFEITO COM OS SERVIÇOS MÉDICOS QUE UTILIZA NORMALMENTE? (1) Sim (2) Não (3) Não utiliza serviços médicos ou não precisa consultar médico há muito tempo (99) Não sei/Não me lembro	Sim (1) Não (2) Não utiliza ou não lembra (3)+(99)
	D.9) O(A) SR(A) USA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, O SUS? PARA QUE? (1) Não usa o SUS (2) Vacinação (3) Consultas (4) Exames	

A C E S S O E U T I L I Z A Ç Ã O	(5) Internações (6) Participação em grupos educativos da UBS/Posto de Saúde	
	D.10) O (A) SR.(A) POSSUI PLANO DE SAÚDE? (1) Sim (2) Não	
	D.11) QUE TIPO DE SEGURO DE SAÚDE O (A) SR.(A) TEM? (1) Plano de Assistência ao Servidor Público (2) Plano de Assistência/ Convênio Particular (3) Plano de Saúde / Convênio Empresa (4) Outro (5) Não sei/ Não me lembro	
	D.17) DOS SERVIÇOS ACIMA, QUAL(IS) O(A) SR(A) UTILIZOU MAIS DE UMA VEZ NOS ÚLTIMOS 3 MESES? (1) Consultou o médico no consultório ou em casa. (2) Fez exames clínicos (3) Fez tratamento fisioterápico (4) Teve de ser socorrido na emergência (5)Foi ao hospital/ clínica para receber medicação (6) Esteve internado em hospital ou clínica (7) Foi ao dentista	
	D.20) ONDE O(A) SR(A) CONSEGUE A MEDICAÇÃO PARA CONTROLAR A PRESSÃO ALTA? (1) Unidade de Saúde do SUS (2) Farmácia Popular (3) Farmácia Comercial (4) Outro lugar. Qual?	
	D.13) QUANDO O (A) SR (A) ESTÁ DOENTE OU PRECISA DE ATENDIMENTO MÉDICO, ONDE OU A QUEM O(A) SR (A) NORMALMENTE PROCURA? (1) Ninguém ou o entrevistado não procura médico há muito tempo. (2) Posto de Saúde/ Unidade de Saúde da Família (ESF)/ Unidade Básica de Saúde (UBS) (3) Centro de especialidades público/conveniado SUS (4) Ambulatório de hospital público/ conveniado SUS (5) Serviço médico credenciado pelo seu plano de saúde (6) Médicos/Clínica particulares	

A C E S S O  E  U T I L I Z A Ç Ã O	Tipo de cobertura do SUS na área de sua residência: (1) Área descoberta (2) UBS com ESF (3) Policlínica (4) UBS tradicional	
	D.14) O (A) SR (A) NÃO PROCURA MÉDICO HÁ MUITO TEMPO PORQUE NÃO PRECISOU OU PORQUE TEM DIFICULDADE PARA IR AO MÉDICO? QUE DIFICULDADE? (1) Porque não precisou (2) Dificuldade de locomoção/ transporte (3) Dificuldade de acesso/demanda reprimida (4) Porque não tem ninguém para levar (5) Porque tem medo de ir ao médico	
	D.16) NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, O(A) SR(A): (1) Consultou o médico no consultório ou em casa. (2) Fez exames clínicos (3) Fez tratamento fisioterápico (4) Teve de ser socorrido(a) na Emergência (5) Foi ao hospital/clínica para receber medicação (6) Esteve internado em hospital ou clínica (7) Foi ao dentista	

**Quadro 3. Operacionalização das variáveis independentes utilizadas no estudo**

BLOCO	QUESTÃO	AGRUPAMENTO
U T I L I Z A Ç Ã O	C.2) Nos últimos 12 meses , quantas vezes você foi internado (a)? (1) 0 (2) 1-2 (3) >2	(1) Não (2) Sim
	D.16) Nos últimos 3 meses o(a) sr (a): Consultou médico no consultório ou em casa? (1) Sim (2) Não	

**Quadro 4. Operacionalização das variáveis dependentes do estudo**

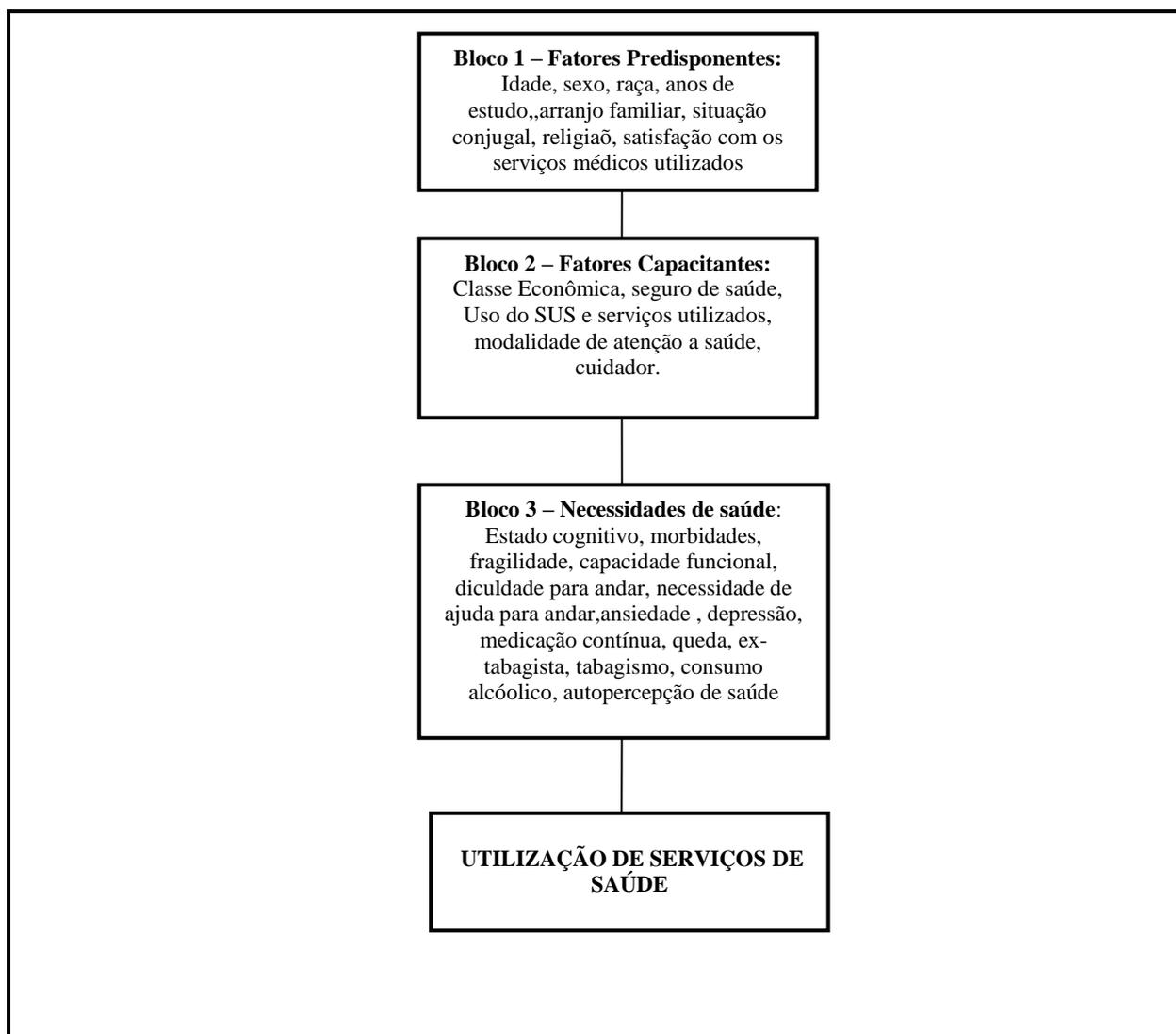
#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados e organizados em um banco de dados utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0. O tratamento estatístico incluiu a codificação, digitação e edição dos dados. A digitação dos dados foi realizada por dois pesquisadores e confrontada posteriormente, minimizando possíveis inconsistências. Para a análise dos dados foi utilizado o programa *Stata* 11.0, módulo *Survey Data Analysis*, que permitiu a consideração do plano amostral.

Inicialmente, os dados foram submetidos à análise descritiva para a obtenção de medidas de proporção para a caracterização e estratificação da amostra. O teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado na análise bivariada para verificar a associação das variáveis dependentes (consulta médica ou internação hospitalar) com as variáveis independentes. A regressão de Poisson foi utilizada para análise das variáveis independentes associadas aos desfechos, controladas pelos possíveis fatores de confusão na análise multivariada.

A análise multivariada foi baseada no modelo teórico de determinação proposto (Figura 7), com blocos hierarquizados de variáveis de acordo com o arcabouço teórico de Andersen (1995): fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades em saúde. Para inclusão das variáveis utilizou-se o método enter, sendo incluídas as variáveis com valor de  $p < 0,20$  na análise bivariada, para cada bloco. Para os modelos finais foram incluídas as variáveis que mantiveram um valor de  $p < 0,05$  em cada bloco. Os modelos finais foram controlados por sexo e faixa etária.

Como fatores predisponentes, foram consideradas as variáveis sociodemográficas: faixa etária, sexo, raça, anos de estudo, arranjo familiar, situação conjugal, religião além da satisfação com os serviços médicos utilizados. Para os fatores capacitantes: classe econômica da ABEP, seguro de saúde privado, uso do SUS e serviços utilizados, modalidade de atenção a saúde, presença de cuidador. As necessidades de saúde foram abordadas através das variáveis a respeito do perfil de saúde e hábitos de vida como o uso do tabaco e álcool além da autopercepção de saúde.



**Figura 8. Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre a prevalência de utilização de serviços de saúde, em blocos hierarquizados**

Fonte: a autora.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora conforme o Parecer n. 771.916 (Anexo C), em conformidade com as exigências da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os entrevistados assinaram o TCLE (Anexo A).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA DOS IDOSOS

A amostra foi composta por 400 idosos, em sua maioria mulheres (67,7%). Em 315 questionários (78,7%) o idoso foi o próprio respondente. Em 41,5%, os indivíduos encontravam-se na faixa etária entre 70-79 anos, tendo 47,6% se autodeclarado afrodescendentes (47,6%), sem companheiro (54%) e residir acompanhado (87,6%). Quanto a escolaridade e classe socioeconômica, 76,2% informaram menos de 4 anos de estudo e 69,6% eram das classes C, D ou E. Ter religião (98,5%) foi predominante nesta população

**Tabela 3. Descrição das variáveis demográficas e socioeconômicas dos idosos, Juiz de Fora, 2015**

<i>Variáveis Demográficas e Socioeconômicas</i>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Idade em anos</b>		
60-69	27,6	22,1 -34
70-79	41,5	34,9 -48,5
80 ou mais	30,9	24,7-37,8
<b>Sexo</b>		
Masculino	32,3	26,1-39,2
Feminino	67,7	60,8-73,9
<b>Raça/cor da pele</b>		
Branca	46,3	39,5-53,3
Afrodescendente	47,6	40,8-54,5
Amarelo ou indígena	6,1	3,5-10,3
<b>Situação Conjugal</b>		
Com companheiro	46,0	39,2-52,9
Sem companheiro	54,0	47,1-60,8
<b>Arranjo Domiciliar</b>		
Reside acompanhado	87,6	82,0-91,7
Reside só	12,4	8,3-18,0
<b>Anos de estudo</b>		
0 a 4 anos	76,2	69,8-81,6
5 ou mais	23,8	18,5-30,2
<b>Classe Sócioeconômica</b>		
A+B	30,4	24,4-37,1
C+D+E	69,6	62,9-75,6
<b>Religião</b>		
Com religião	98,5	95,4-99,5
Sem religião	1,5	0,5-4,6

Continua

Conclusão		
<i>Variáveis Demográficas e Socioeconômicas</i>	%	IC 95%
<b>Presença de Cuidador</b>		
Não	57,5	50,5-64,2
Sim	42,5	35,8-49,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: IC: intervalo de confiança

Quando separados por sexo, observamos que há diferença significativa entre os idosos quanto a raça/cor, com predomínio de homens que se autodeclararam afrodescendentes (61,1%) e mulheres brancas (52,1%) e na situação conjugal em que os homens apresentam-se mais na condição de casados ou em união estável (77,5% com companheiro) (Tabela 4).

**Tabela 4. Distribuição dos idosos por sexo, segundo as características demográficas e socioeconômicas, Juiz de Fora, 2015**

Variáveis	Sexo		p*
	Masculino %	Feminino %	
<i>Características Demográficas e Socioeconômicas</i>			
<b>Idade em anos</b>			
60-69	24,9	28,9	0,818
70-79	44,0	40,3	
80 ou mais	31,1	30,8	
<b>Raça/cor da pele</b>			
Branca	34,2	52,1	0,031
Afrodescendente	61,1	41,2	
Amarelo ou indígena	4,7	6,7	
<b>Situação Conjugal</b>			
Com companheiro	77,5	31,0	0,000
Sem companheiro	22,5	69,0	
<b>Arranjo Domiciliar</b>			
Reside Acompanhado	92,4	85,4	0,208
Reside Só	7,6	14,6	
<b>Anos de estudo</b>			
0-4 anos	68,1	80,0	0,063
5 ou mais	31,9	20,0	
<b>Classe Socioeconômica</b>			
A+B	32,7	29,3	0,631
C+D+E	67,3	70,7	
<b>Religião</b>			
Com religião	98,9	98,3	0,691
Sem religião	1,1	1,7	

Continua

Conclusão			
Variáveis	Sexo		p*
	Masculino %	Feminino %	
<b>Cuidador</b>			
Não tem cuidador	60,7	56,0	0,534
Possui cuidador	39,3	44,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: \*Valor de p: Teste de Quiquadrado de *Pearson*.

Na distribuição dos idosos conforme a tabela 5, observamos que entre os de 60-79 anos há predomínio de afrodescendentes, o que não ocorre entre os idosos longevos (57,6% de brancos). Conforme há o aumento da faixa etária, observa-se uma diminuição dos idosos com companheiros, estando em menor número entre aqueles com 80 anos ou mais (32,4%). Entre os idosos longevos (88,6%) há maior proporção de baixa escolaridade do que nas demais faixas etárias. A presença de cuidador aumentou proporcionalmente à faixa etária.

**Tabela 5. Distribuição dos idosos segundo faixa etária, de acordo com as características demográficas e socioeconômicas, Juiz de Fora, 2015**

Variáveis	Faixa Etária			p*
	60-69 anos %	70-79 anos %	80 ou mais %	
<i>Características Demográficas e socioeconômicas</i>				
<b>Raça/cor da pele</b>				
Branca	33,5	46,5	57,6	0,034
Afrodescendente	58,8	50,4	33,9	
Amarelo ou indígena	7,7	3,1	8,5	
<b>Situação Conjugal</b>				
Com companheiro	58,9	47,6	32,4	0,016
Sem companheiro	41,1	52,4	67,6	
<b>Arranjo Domiciliar</b>				
Reside Acompanhado	84,8	85,3	93,3	0,321
Reside Só	15,2	14,7	6,7	
<b>Anos de estudo</b>				
0-4 anos	71,3	70,2	88,6	0,015
5 ou mais	21,7	29,8	11,4	
<b>Nível Sócioeconômico</b>				
A+B	37,0	33,8	19,8	0,085
C+D+E	63,0	66,2	80,2	

Continua

## Conclusão

Variáveis	Faixa Etária			p*
	60-69 anos %	70-79 anos %	80 ou mais %	
<b>Cuidador</b>				
Ausência de cuidador	78,5	66,0	27,3	0,000
Presença de cuidador	21,5	34,0	72,7	
<b>Religião</b>				
Com religião	98,4	97,5	100,0	0,167
Sem religião	1,6	2,5	0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: \*Valor de p: Teste de Quiquadrado de *Pearson*.

## 5.2 PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS

Quanto ao perfil de saúde apresentado pelos idosos (tabela 6), 73,2% não apresentaram comprometimento cognitivo de acordo com o MEEM, sendo a pontuação média de 25,16. Ainda, 43,4% apresentavam algum grau de fragilidade e 79,4% eram independentes em suas AIVD. Além disso, 54,8% não apresentavam dificuldade para andar, 75,8% não necessitavam de auxílio humano ou de dispositivos para andar e 63,7% não sofreram quedas no ano prévio à entrevista.

**Tabela 6. Descrição do perfil de saúde dos idosos, 2015**

<i>Perfil de Saúde dos Idosos</i>	%	IC 95%
<b>Comprometimento Cognitivo</b>		
Ausente	73,2	66,4-79,0
Presente	26,8	21-33,6
<b>Fragilidade</b>		
Frágil	43,4	36,1-51,1
Vulnerável	20,5	15,2- 27,1
Não Frágil	36,1	29,3-43,5
<b>Dificuldade para andar</b>		
Não	54,9	47,9-61,6
Sim	45,2	38,4-52,1
<b>Necessidade de ajuda para andar</b>		
Não	75,8	69,2-81,4
Sim	24,2	18,6-30,8
<b>Ansiedade</b>		
Ausência	69,8	62,1-76,4

Continua

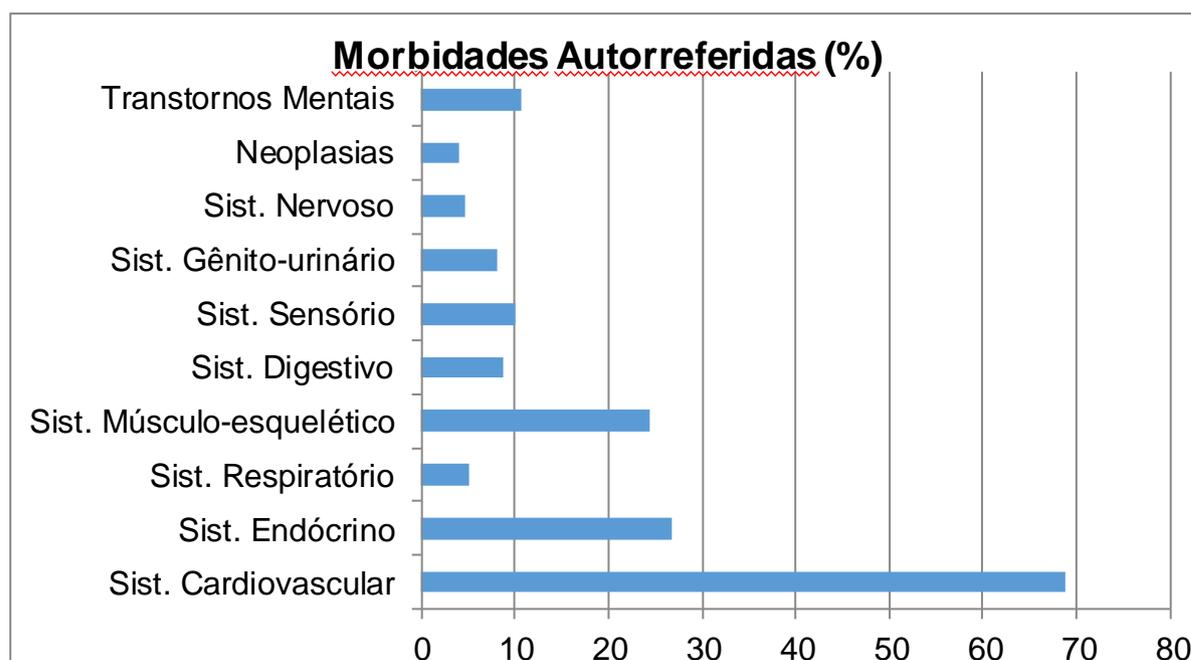
Conclusão		
<i>Perfil de Saúde dos Idosos</i>	%	IC 95%
Presença	30,3	23,6-37,9
<b>Depressão</b>		
Ausência	79,7	72,8-85,1
Presença	20,4	14,9-27,2
<b>Morbidade referida</b>		
Ausência	9,9	6,5-14,8
Presença	90,1	85,2-93,5
<b>Hipertensão</b>		
Não	34,1	27,5-41,3
Sim	65,9	58,7-72,5
<b>Uso de medicação contínua</b>		
Não	6,1	3,7-10,0
Sim	93,9	90,0-96,3
<b>Faz uso de 5 ou mais medicamentos</b>		
Não	50,6	43,9-58,1
Sim	49,4	41,9-56,8
<b>Queda</b>		
Não	63,7	56,8-70,1
Sim	36,3	29,9-43,2
<b>Capacidade Funcional</b>		
Independente	79,4	72,8-84,7
Dependente	20,6	15,3-27,2
<b>Autopercepção de saúde</b>		
Positiva	59,1	51,2-66,6
Negativa	40,8	33,4-48,8

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: IC: Intervalo de confiança.

O uso de medicação contínua foi relatado pela maioria dos idosos (93,9%), sendo predominante no sexo feminino (97,1% das mulheres e 87,1% dos homens). O uso de cinco ou mais medicamentos prescritos pelo médico foi informado por 49,4% dos entrevistados, em maior porcentagem nos idosos acima de 80 anos.

A maioria dos idosos da amostra referiu ter alguma morbidade (90,1%), com diferença significativa entre os sexos, sendo 93% e 84%, nos sexos feminino e masculino, respectivamente. As patologias citadas estavam associadas principalmente ao sistema cardiovascular (68,8%) e endócrino (26,7%) (Gráfico 1). Entre as patologias relacionadas ao sistema cardiovascular predominou a doença hipertensiva (65,9%). Os transtornos de ansiedade e depressão também foram detectados nos idosos estudados (30,2% e 20,3% respectivamente), com predominância expressiva no sexo feminino (24,5 e 17%, respectivamente), e apresentando significância estatística limítrofe ( $p=0,052$ ).



**Gráfico 1. Distribuição dos idosos, segundo as comorbidades autorreferidas agrupadas de acordo com a etiologia, 2015**

Verificou-se que 59,1% das pessoas tiveram uma auto-avaliação positiva de sua saúde, mesmo entre aqueles que referiram ter algum problema de saúde (49,5%). A auto-avaliação negativa esteve associada a presença de fragilidade, dependência funcional e presença de cuidador (Tabela 7).

**Tabela 7. Auto percepção de saúde em porcentagem, segundo características de comorbidade referida, fragilidade, capacidade funcional e aspectos sociodemográficos dos idosos, Juiz de Fora, 2015**

Variável	Auto percepção de saúde (%)		
	Positiva	Negativa	p*
<b>Morbidade Referida</b>			
Não	95,1	4,9	< 0,001
Sim	55,1	44,9	
<b>Fragilidade</b>			
Frágil	21,2	78,8	< 0,001
Vulnerável	54,3	45,7	
Não Frágil	86,5	13,5	
<b>Sexo</b>			
Masculino	67	33	0,192
Feminino	55,7	44,3	

Continua

## Conclusão

Variável	Autopercepção de saúde (%)		
	Positiva	Negativa	p*
<b>Capacidade funcional para realização das AIVD</b>			
Independente	63,9	36,1	< 0,001
Dependente	2,2	97,8	
<b>Idade em anos</b>			
60-69	59	41	0,109
70-79	66,5	33,5	
80 ou mais	45,4	54,6	
<b>Classe socioeconômica</b>			
A+B	61,5	31,5	0,697
C +D+E	58,1	41,9	
<b>Anos de Estudo</b>			
0 a 4 anos	54,1	45,9	0,039
5 ou mais	72,2	27,8	
<b>Raça/ cor da pele</b>			
Branco	59,8	40,2	
Afrodescendente	57,5	42,5	0,836
Amarelo ou Indígena	66,3	33,7	
<b>Situação conjugal</b>			
Com companheiro	65,8	34,2	0,124
Sem companheiro	53,8	54,2	
<b>Arranjo Domiciliar</b>			
Reside acompanhado	58,6	41,4	0,756
Reside sozinho	62,3	37,7	
<b>Religião</b>			
Com religião	58,6	41,4	< 0,001
Sem religião	97,8	2,2	
<b>Cuidador</b>			
Ausência de Cuidador	67,1	32,9	0,002
Presença de Cuidador	41,1	58,9	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: \*Valor de p: Teste de Quiquadrado de *Pearson*.

### 5.3 HÁBITOS DE VIDA

Quanto aos hábitos de vida (Tabela 8), 37,7% são ex-tabagistas e 6,8% referiram tabagismo durante a entrevista. Quanto ao teste AUDIT-C, 3,8% dos idosos foram identificados com consumo alcoólico de risco. O risco do consumo excessivo de álcool esteve presente em maior proporção nos indivíduos não frágeis, não tendo associação com as

variáveis socioeconômicas e demográficas. Quanto ao uso do tabaco, destacou-se no grupo de indivíduos entre 60-69 anos (67%).

**Tabela 8. Hábitos de vida dos idosos, Juiz de Fora, 2015**

<i>Hábitos de vida</i>	%	IC 95%
<b>Ex-tabagista</b>		
Não	62,2	55,4-68,6
Sim	37,8	31,4-44,6
<b>Tabagista</b>		
Não	93,2	89,1-95,8
Sim	6,8	4,2-10,9
<b>AUDIT- C</b>		
Negativo	96,2	92,0-98,2
Positivo	3,8	1,8-8,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: IC: intervalo de confiança

#### 5.4 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A categoria de acesso e utilização dos serviços de saúde foi analisada sob o enfoque do uso dos mesmos. Quanto às variáveis de desfecho do estudo, 76,5% dos idosos referiram ter passado por consulta médica nos três meses prévios à entrevista e 22,9% referiram internação hospitalar no ano anterior à mesma (Tabela 9).

Quando questionados sobre a utilização do SUS e quais serviços utilizavam, a maior parte dos idosos (97,1%) informaram o uso do SUS para, pelo menos, um ou mais serviços de saúde, tais como: vacinação (93,9%), consulta médica (69,6%), internação (5%) e realização de exames (60,5%). A participação em grupo educativo foi o menos citado (9,4%) (Gráfico 2).

Apesar do alto percentual de referência a utilização de serviços do SUS, verificamos que 59,4% referiram ter seguro de saúde privado e o mais citado foi o plano ou convênio particular (76,6%), sendo o próprio idoso que arca com os custos na maioria dos casos (65,6%). Verifica-se que entre as classes socioeconômicas, os idosos pertencentes as classes mais baixas possuem maior porcentagem (60,6%) de seguro de saúde privado do que os de renda mais alta (39,4%), apresentando significância estatística ( $p < 0,001$ ).

Quanto à cobertura de unidades de saúde na área de residência dos idosos (Tabela 9), predomina a UBS com ESF (77,1%), em relação à UBS Tradicional (22,9%). Os serviços médicos de uso regular foram principalmente serviço médico credenciado pelo plano de saúde

(37,8%) e unidade de ESF ou UBS (34,3%). A satisfação com os serviços médicos utilizados foi informada por 81,6% dos entrevistados, sendo que a satisfação está presente em 91% dos que possuem seguro privado de saúde e entre 67,7% dos sus-dependentes ( $p=0,000$ ).

Os serviços mais utilizados pelos idosos nos últimos três meses foram: consulta médica (76,5%) e exames (60,5%). Os mesmos também foram citados como os serviços utilizados com maior frequência (mais de uma vez) neste período, sendo, respectivamente, 41,3% e 35,2%. No referente à obtenção de medicamentos para hipertensão arterial, estes foram obtidos em maior proporção nas Unidades de Saúde do SUS (56,8%) (Tabela 9).

**Tabela 9. Descrição do acesso e utilização dos serviços de saúde de idosos, Juiz de Fora, 2015**

<b>Variáveis Dependentes</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Consulta médica nos últimos 3 meses</b>		
Não	23,5	18,3- 29,8
Sim	76,5	70,2-81,7
<b>Internação no último ano</b>		
Não	77,1	70,2-82,8
Sim	22,9	17,3-29,8
<b>Acesso e Uso dos serviços de Saúde</b>		
<b>Modalidade de atenção a saúde</b>		
UBS com ESF	77,1	72,4-81,1
UBS tradicional	22,9	18,9-27,6
<b>Usa serviço do SUS</b>		
Não	2,9	1,5-5,4
Sim	97,1	94,6-98,5
<b>Usa o SUS para:</b>		
Vacina	93,9	89,0-96,7
Consulta Médica	69,5	62,9-75,5
Exame	60,5	53,5-67,2
Internação Hospitalar	60,4	53,3-67,1
Grupo Educativo	9,4	6,2-14,0
<b>Possui seguro de saúde privado</b>		
Não	40,6	34,0-47,5
Sim	59,4	52,5-66,0
<b>Quem paga o seguro de saúde</b>		
Próprio idoso	65,6	56,7-73,5
Familiar	22,4	15,9-30,7
Cônjuge	10,1	6,1-16,5
Outros	1,9	0,5-7,0
<b>Tipo de seguro de saúde</b>		
Plano particular	76,6	68,3-83,2
Plano de assistência ao servidor público	17,3	11,5-25,1
Plano de saúde/ convênio empresa	6,2	3,1-12,2

Continua

## Conclusão

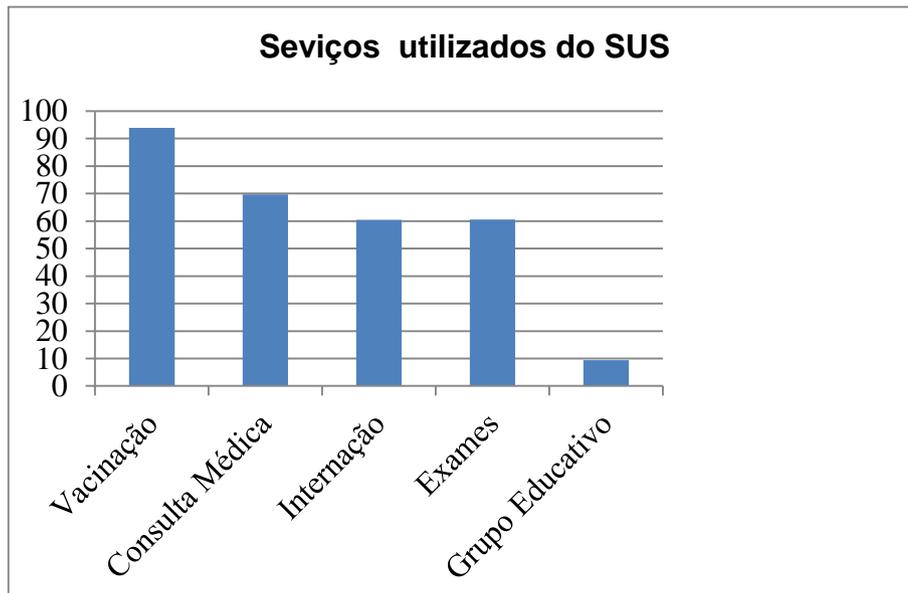
<i>Acesso e Uso dos serviços de Saúde</i>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Serviço de uso regular</b>		
Serviço médico credenciado pelo plano de saúde	37,8	31,2-44,8
Posto de saúde	34,3	27,8-41,3
Outros	16,7	12,1-22,7
Ambulatório de hospital público	4,5	2,4-8,5
Médicos ou Clínicas particulares	3,9	1,9-8,0
Centro de especialidades público ou conveniado ao SUS	2,1	0,8-5,3
Nenhum ou não procura médico há muito tempo	0,7	0,2-2,3
<b>Motivo de não ir ao médico*</b>		
Não precisou	0,6	0,16-2,26
Dificuldade de locomoção/transporte	0,01	0,001-0,09
Dificuldade de acesso/demanda reprimida	0,04	0,01-0,12
Dificuldade financeira para pagar	0	0
Não tem ninguém para levar	0	0
Medo de ir ao médico	0	0
<b>Serviços utilizados nos últimos 3 meses</b>		
Exames	60,7	53,8-67,2
Dentista	8,8	5,6-13,5
Fisioterapia	13,8	9,5-19,7
Emergência	8,3	5,2-12,9
Internação Hospitalar	5,0	2,7-9,0
<b>Serviços utilizados mais de uma vez nos últimos 3 meses**</b>		
Consulta Médica	41,3	34,6-48,3
Exames	35,2	28,9-42,2
Fisioterapia	12,9	8,7-18,7
Dentista	4,9	2,7-8,9
Emergência	1,2	0,4-3,9
Internação Hospitalar	0,6	0,1-2,5
<b>Satisfação com os serviços médicos de saúde</b>		
Não	18,4	13,8-24,3
Sim	81,6	75,7-86,2
<b>Local onde consegue medicamento para hipertensão arterial</b>		
Unidade do SUS	56,8	49,1-64,3
Farmácia Popular	40,1	32,5-48,1
Farmácia Comercial	36,0	28,6-44,0
Outro Lugar	2,7	1,1-6,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: IC: intervalo de confiança.

\*Dado referente aqueles que informaram não procurar médico há muito tempo da questão anterior.

\*\* Respondido somente entre aqueles que informaram anteriormente a utilização daquele serviço uma vez nos últimos 3 meses.



**Gráfico 2. Distribuição dos idosos (%), segundo referência aos serviços que utiliza do SUS, 2015**

Observa-se que 50,8% daqueles que têm seguro de saúde, ainda assim utilizam a consulta médica pelo SUS, internação hospitalar (37,6%), exames (36,7%) e grupos educativos (7,5%). Porém, nota-se que há diferença significativa na utilização do SUS por este grupo, já que o utilizam menos do que aqueles que são dependentes do SUS, exceto no caso de grupos educativos onde não houve relação estatisticamente significativa. Observou-se, inclusive, um maior percentual de autopercepção de saúde positiva com diferença significativa ( $p=0,015$ ) entre aqueles indivíduos com plano de saúde (67,2%) quando comparados àqueles que não o possuem (47,7%).

A tabela 10 descreve os serviços utilizados do SUS entre aqueles que informaram possuir seguro privado de saúde.

**Tabela 10. Distribuição dos idosos, segundo a posse de seguro de saúde privado e o serviço que utiliza do SUS, Juiz de Fora, 2015**

(continua)

Serviços que utiliza do SUS	Possui seguro de saúde privado (%)		p*
	Não	Sim	
<b>Consulta Médica</b>			
Não	3,2	49,2	< 0,001
Sim	96,8	50,8	
<b>Internação Hospitalar</b>			
Não	6,5	62,4	< 0,001
Sim	93,5	37,6	

Continua

## Conclusão

Serviços que utiliza do SUS	Possui seguro de saúde privado (%)		p*
	Não	Sim	
<b>Exames</b>			
Não	4,9	63,3	< 0,001
Sim	95,1	36,7	
<b>Grupo Educativo</b>			
Não	87,8	92,5	0,235
Sim	12,2	7,5	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: \*Valor de p: Teste de Quiquadrado de *Pearson*.

## 5.5 CONSULTA MÉDICA

Para melhor entendimento, apresentamos as variáveis do estudo de acordo com os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades em saúde sugeridos pelo Modelo Comportamental de Andersen.

Ao analisarmos as informações referentes ao desfecho consulta médica quanto aos fatores predisponentes e capacitantes, houve associação com raça/cor, tendo o amarelo ou indígena (RP: 0,47, p=0,033) sido consultados 53% menos do que os brancos. Além disso, os idosos que informaram participar de grupos educativos pelo SUS (RP: 1,27, p=0,000), consultaram 27% mais do que aqueles que não participam, conforme mostra a tabela abaixo.

**Tabela 11. Razões de prevalência de consultas por idosos, segundo fatores predisponentes e capacitantes do Modelo Comportamental de Andersen, 2015.**

Variáveis	Consulta Médica		RP bruta	IC 95%	p*
	Sim %	Não %			
<b>Blocos 1 e 2 – Fatores Predisponentes e Capacitantes</b>					
<b>Idade em anos</b>					
60-69	72,8	27,2	1	-	-
70-79	76,4	23,6	1,04	0,86-1,27	0,626
80 ou mais	79,8	20,2	1,09	0,89-1,33	0,364
<b>Sexo</b>					
Masculino	69,6	30,4	1	-	-
Feminino	79,7	20,3	1,14	0,95-1,37	0,146
<b>Raça/cor da pele</b>					
Branca	83,6	16,4	1	-	-
Afrodescendente	74,3	25,7	0,88	0,76-1,02	0,112
Continua					

Variáveis	Consulta Médica				
	Sim %	Não %	RP bruta	IC 95%	p*
Amarelo ou indígena	39,4	60,6	0,47	0,23-0,94	0,033
<b>Situação Conjugal</b>					
Com companheiro	76,9	23,1	1	-	-
Sem companheiro	76,1	23,9	0,98	0,85-1,15	0,894
<b>Arranjo Domiciliar</b>					
Reside Acompanhado	76,0	24,0	1	-	-
Reside Só	80,0	20,1	1,05	0,86-1,28	0,615
<b>Anos de estudo</b>					
0 a 4 anos	75,6	24,4	1	-	-
5 ou mais	79,1	20,9	1,05	0,88-1,24	0,603
<b>Classe Socioeconômica</b>					
A+B	83,3	16,7	1	-	-
C+D+E	73,5	26,5	0,88	0,76-1,03	0,114
<b>Religião</b>					
Com religião	76,5	23,5	1	-	-
Sem religião	71,3	28,7	1,07	0,58-1,99	0,821
<b>Presença de cuidador</b>					
Ausência de cuidador	74,0	26,0	1	-	-
Presença de cuidador	79,8	20,2	1,07	0,92-1,25	0,320
<b>Modalidade de atenção a saúde</b>					
UBS com ESF	79,81	20,2	1	-	-
UBS tradicional	65,2	34,8	0,81	0,65-1,02	0,083
<b>Usa o SUS para:</b>					
<i>Vacinação</i>					
Não	79,5	20,5	1	-	-
Sim	76,7	23,3	0,96	0,71-1,30	0,815
<i>Consulta Médica</i>					
Não	72,3	27,7	1	-	-
Sim	78,9	21,1	1,09	0,91-1,30	0,327
<i>Exame</i>					
Não	77,7	22,3	1	-	-
Sim	76,4	23,6	0,98	0,84-1,15	0,836
<i>Internação</i>					
Não	80,1	19,9	1	-	-
Sim	74,8	25,2	0,93	0,80-1,08	0,366
<i>Grupo Educativo</i>					
Não	75,0	25,0	1	-	-
Sim	95,1	4,9	1,26	1,12-1,43	0,000
<b>Possui seguro privado de saúde</b>					
Não	75,3	24,8	1	-	-
Sim	77,3	22,7	1,02	0,87-1,19	0,738
<b>Satisfação com os serviços médicos de saúde</b>					
Não	78,5	21,5	1	-	-
Sim	76,6	23,4	0,97	0,81-1,17	0,795

Fonte: Dados da pesquisa. Notas: RP: Razão de Prevalência Valor de p: Regressão de Poisson.

Em relação às características referentes ao perfil de saúde que se enquadram às necessidades de saúde segundo o Modelo Comportamental de Andersen, observamos que houve maior uso dessa modalidade de atendimento por idosos com transtorno de ansiedade (RP: 1,19,  $p=0,031$ ) e que fazem uso de medicação contínua (RP: 2,27,  $p=0,023$ ). Já os idosos classificados como vulneráveis quanto à fragilidade (RP: 0,70,  $p=0,016$ ) consultaram 30% menos do que os considerados frágeis, como podemos observar na tabela 12.

**Tabela 12. Razões de prevalência de consultas por idosos, segundo variáveis referentes às necessidades em saúde, conforme Modelo Comportamental de Andersen, 2015**

Variáveis	Consulta		RP bruta	IC 95%	p*
	Sim %	Não %			
<b>Bloco 3 – Necessidades de Saúde</b>					
<b>Comprometimento Cognitivo</b>					
Ausente	76,2	23,8	1	-	-
Presente	77,3	22,7	1,01	0,85-1,19	0,866
<b>Fragilidade</b>					
Frágil	85,2	14,8	1	-	-
Vulnerável	60,1	39,9	0,70	0,53-0,93	0,016
Não frágil	77,5	22,5	0,91	0,77-1,07	0,244
<b>Dificuldade para andar</b>					
Não	74,4	25,6	1	-	-
Sim	78,9	21,1	1,06	0,91-1,23	0,440
<b>Necessidade de ajuda para andar</b>					
Não	57,7	18,1	1	-	-
Sim	18,8	5,4	1,02	0,85-1,22	0,841
<b>Transtornos de ansiedade</b>					
Ausência	73,2	26,8	1	-	-
Presença	86,8	13,2	1,18	1,01-1,38	0,031
<b>Transtornos de depressão</b>					
Ausência	75,7	24,4	1	-	-
Presença	83,8	16,3	1,10	0,92-1,32	0,258
<b>Morbidade referida</b>					
Ausência	66,8	33,3	1	-	-
Presença	77,5	22,5	1,16	0,86-1,56	0,326
<b>Hipertensão</b>					
Não	81,6	18,4	1	-	-
Sim	75,3	24,7	0,92	0,78-1,08	0,320
<b>Uso de medicação contínua</b>					
Não	34,8	65,2	1	-	-
Sim	79,2	20,8	2,27	1,12-4,61	0,023
<b>Capacidade funcional para realização de AIVD</b>					
Independente	75,3	24,7	1	-	-
Dependente	81,0	19,0	1,07	0,90-1,27	0,402
Continua					

## Conclusão

Variáveis	Consulta		RP bruta	IC 95%	p*
	Sim %	Não %			
<b>Autopercepção de saúde</b>					
Positiva	84,4	15,6	1	-	-
Negativa	72,4	27,6	0,85	0,72-1,00	0,064
<b>Ex- Tabagista</b>					
Não	80,1	19,9	1	-	-
Sim	70,4	29,6	0,87	0,74-1,03	0,131
<b>Tabagista</b>					
Não	77,0	23,0	1	-	-
Sim	68,6	31,4	0,89	0,63-1,24	0,499
<b>AUDIT-C</b>					
Negativo	77,0	23,0	1	-	-
Positivo	84,0	16,0	1,08	0,77-1,54	0,626

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: RP: Razão de Prevalência

IC: intervalo de confiança

\*Valor de p: Regressão de Poisson.

Na análise multivariada, que incluiu as variáveis segundo o arcabouço teórico de Andersen e com valor de  $p < 0,20$ , foram obtidos dois modelos, ambos controlados por sexo e faixa etária. Após controle das variáveis, além das referentes aos fatores predisponentes e capacitantes que já haviam tido significância estatística, foram acrescentadas no Modelo I: classe econômica e modalidade de atenção à saúde.

Observamos, no Modelo I da análise multivariada, a associação dos fatores relacionados à menor proporção de consulta médica entre os idosos: classe econômica C/D/E (RP: 0,84,  $p = 0,015$ ), raça/cor amarelo ou indígena (RP: 0,47,  $p = 0,020$ ) e residir em área adscrita de UBS tradicional (RP=0,77,  $P = 0,023$ ). Entretanto, verificou-se que a participação em grupos educativos pelo SUS (Modelo I: RP = 1,25,  $p = 0,003$ ) aumentou a proporção de idosos que consultaram em comparação aqueles que não participam.

**Tabela 13. Modelo I: razões brutas e ajustadas de prevalência de consulta médica nos últimos 3 meses, de acordo com os fatores predisponentes e capacitantes, entre os idosos de Juiz de Fora, 2015**

Variável	RP bruta	IC 95%	p	RP ajustada	IC 95%	p*
<b>Classe socioeconômica</b>						
A+B	1	-	-	1	-	-
C+D+E	0,88	0,76-1,03	0,114	0,84	0,73-0,97	0,015

Continua

## Conclusão

Variável	RP bruta	IC 95%	p	RP ajustada	IC 95%	p*
<b>Raça/cor da pele</b>						
Branca	1	-	-	1	-	-
Afrodescendente	0,88	0,76-1,02	0,112	0,89	0,78-1,04	0,135
Amarelo ou indígena	0,47	0,23-0,94	0,033	0,47	0,25- 0,89	0,020
<b>Usa Sus para Grupo Educativo</b>						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	1,26	1,12-1,43	< 0,001	1,25	1,08-1,45	0,003
<b>Modalidade de Atenção a Saúde</b>						
UBS com ESF	1	-	-	1	-	-
UBS tradicional	0,81	0,65-1,02	0,083	0,77	0,62-0,96	0,023

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: Modelo controlado por sexo e faixa etária. RP: Razão de Prevalência IC: intervalo de confiança

\*Valor de p: Regressão de Poisson

No Modelo II, quando acrescentadas as variáveis de necessidades de saúde, a classe econômica perdeu significância, permanecendo as demais variáveis do Modelo I. A vulnerabilidade, quanto à fragilidade, manteve-se associada ao menor uso de consultas médicas pelos idosos (RP=0,70,p = 0,016).

**Tabela 14. Modelo II: razões brutas e ajustadas de prevalência de consulta médica nos últimos três meses entre os idosos, Juiz de Fora, 2015**

Variável	RP bruta	IC 95%	P	RP ajustada	IC95%	p*
<b>Raça/cor da pele</b>						
Branca	1	-	-	1	-	-
Afrodescendente	0,88	0,76-1,02	0,112	0,96	0,84-1,11	0,602
Amarelo ou indígena	0,47	0,23-0,94	0,033	0,27	0,08-0,94	0,039
<b>Modalidade de Atenção a Saúde</b>						
UBS com ESF	1	-	-	1	-	-
UBS tradicional	0,81	0,65-1,02	0,083	0,78	0,63-0,97	0,025
<b>Usa Sus para Grupo Educativo</b>						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	1,26	1,12-1,43	< 0,001	1,26	1,08-1,47	0,004
<b>Fragilidade</b>						
Frágil	1	-	-	1	-	-
Vulnerável	0,70	0,53-0,93	0,016	0,70	0,53-0,93	0,016
Não frágil	0,91	0,77-1,07	0,244	0,96	0,81-1,15	0,687

Fonte: Dados da pesquisa. Notas: Modelo controlado por sexo e faixa etária. RP: razão de prevalência.

## 5.6 INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Para o desfecho internação hospitalar, no último ano antes da entrevista, responderam à pergunta 339 idosos. No referente aos fatores predisponentes e capacitantes (Tabela 15), houve associação com menor uso deste tipo de atendimento, nos anos de estudo, entre aqueles que estudaram acima de 5 anos (RP=0,43, p=0,046) e entre aqueles que participam de grupo educativo (RP=0,03, p= 0,001). O maior uso de internação foi associado à presença de cuidador (RP: 2,21, p=0,09).

**Tabela 15. Razões de prevalência de internação por idosos , segundo fatores predisponentes e capacitantes do Modelo Comportamental de Andersen, Juiz de Fora, 2015**

Variáveis	Sim %	Não %	RP bruta	IC 95%	p*
<b>Blocos 1 e 2 – Fatores Predisponentes e Capacitantes</b>					
<b>Idade em anos</b>					
60-69	26,3	73,7	1	-	-
70-79	14,7	85,3	0,56	0,27-1,15	0,112
80 ou mais	29,9	70,1	1,14	0,61-2,11	0,682
<b>Sexo</b>					
Feminino	22,5	77,5	1	-	-
Masculino	23,7	76,3	1,05	0,60-1,85	0,856
<b>Raça/cor da pele</b>					
Branca	26,3	73,7	1	-	-
Afrodescendente	18,9	81,1	0,72	0,41-1,26	0,252
Amarelo ou indígena	27,5	72,5	1,05	0,32-3,39	0,938
<b>Situação Conjugal</b>					
Sem companheiro	27,7	72,3	1	-	-
Com companheiro	18,6	81,43	0,67	0,39-1,16	0,153
<b>Arranjo domiciliar</b>					
Reside Só	25,7	74,3	1	-	-
Reside Acompanhado	22,7	77,3	0,88	0,34-2,29	0,799
<b>Anos de estudo</b>					
0 a 4 anos	26,4	73,6	1	-	-
5 ou mais	11,4	88,6	0,43	0,19-0,98	0,046
<b>Classe Socioeconômica</b>					
A+B	14,9	85,1	1	-	-
C+D+E	26,9	73,1	1,80	0,93-3,48	0,082
<b>Religião</b>					
Com religião	23,2	76,8	1	-	-
Sem religião	6,4	93,6	0,27	0,03-2,45	0,246

Continua

## Conclusão

Variáveis	Internação Hospitalar		RP bruta	IC 95%	p*
	Sim %	Não %			
<b>Cuidador</b>					
Ausência de cuidador	14,5	85,5	1	-	-
Presença de cuidador	31,9	68,1	2,21	1,22-3,99	0,009
<b>Modalidade de Atenção a Saúde</b>					
UBS com ESF	24,7	75,4	1	-	-
UBS tradicional	17,7	82,3	0,72	0,36-1,43	0,347
<b>Usa o SUS para:</b>					
<i>Vacinação</i>					
Não	25,7	74,3	1	-	-
Sim	23,2	76,8	0,90	0,25-3,26	0,874
<i>Consulta</i>					
Não	26,6	73,4	1	-	-
Sim	21,9	78,2	0,82	0,47-1,44	0,491
<i>Exame</i>					
Não	26,9	73,2	1	-	-
Sim	21,1	78,9	0,79	0,45-1,36	0,390
<i>Internação</i>					
Não	25,2	74,8	1	-	-
Sim	22,1	77,9	0,88	0,50-1,52	0,638
<i>Grupo Educativo</i>					
Não	25,6	74,9	1	-	-
Sim	7,8	92,2	0,03	0,03-0,21	0,001
<b>Possui plano de saúde</b>					
Não	22,6	77,4	1	-	-
Sim	23,2	76,9	1,05	0,32-3,52	0,932
<b>Satisfação com os serviços médicos de saúde</b>					
Não	15,3	84,7	1	-	-
Sim	24,9	75,1	1,63	0,74-3,61	0,228

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: RP: Razão de Prevalência

IC: intervalo de confiança

\*Valor de p: Regressão de Poisson.

Tratando das necessidades de saúde (Tabela 16), estiveram associados com o maior percentual de internação hospitalar: ter comprometimento cognitivo de acordo com o MEEM (RP =2,02, p =0,011), apresentar dificuldade para andar (RP=1,89, p=0,030), necessitar de auxílio humano ou de dispositivos para a marcha (RP=2,38, p=0,01), apresentar episódio de queda no último ano (RP= 1,75, p=0,043), dependência funcional nas AIVD (RP= 2,83, p<0,001) e ter autopercepção negativa da saúde (RP= 1,64, p=0,022). O menor uso foi associado a idosos não-frágeis (RP=0,25, p=0,001).

**Tabela 16. Razões de prevalência bruta de internação hospitalar por idosos, segundo variáveis referentes as necessidades em saúde, conforme Modelo Comportamental de Andersen, Juiz de Fora, 2015**

	<b>Internação Hospitalar</b>		<b>RP bruta</b>	<b>IC</b>	<b>p*</b>
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>			
	<b>%</b>	<b>%</b>			
<b>Bloco 2- Necessidades de Saúde</b>					
<b>Comprometimento Cognitivo</b>					
Ausente	12,1	57,2	1	-	-
Presente	10,8	19,8	2,02	1,18- 3,46	0,011
<b>Fragilidade</b>					
Frágil	36,1	63,9	1	-	-
Vulnerável	19,6	80,4	0,54	0,27-1,10	0,091
Não-frágil	9,0	91,0	0,25	0,11-0,57	0,001
<b>Dificuldade para andar</b>					
Não	16	84	1	-	-
Sim	30,2	69,8	1,89	1,06-3,35	0,030
<b>Necessidade de ajuda para andar</b>					
Não	16,8	83,2	1	-	-
Sim	40,0	60,0	2,38	1,41- 4,04	0,001
<b>Transtorno de Ansiedade</b>					
Ausência	17,2	82,8	1	-	-
Presença	21,2	78,8	1,23	0,58- 2,61	0,588
<b>Transtorno de Depressão</b>					
Ausência	15,4	84,6	1	-	-
Presença	31,5	68,5	2,05	0,98- 4,26	0,056
<b>Morbidade referida</b>					
Ausência	19,2	80,8	1	-	-
Presença	23,3	76,7	1,21	0,43- 3,43	0,714
<b>Hipertensão</b>					
Não	22,9	77,1	1	-	-
Sim	23,0	77,0	1,01	0,55- 1,85	0,984
<b>Uso de medicação contínua</b>					
Não	17,8	82,2	1	-	-
Sim	23,3	76,7	1,31	0,37- 4,67	0,679
<b>Queda</b>					
Não	11,2	51,5	1	-	-
Sim	11,7	25,6	1,75	1,02- 3,01	0,043
<b>Capacidade Funcional</b>					
Independente	15,9	84,2	1	-	-
Dependente	44,9	55,1	2,83	1,67-4,78	0,000
<b>Autopercepção de saúde</b>					
Positiva	12,5	87,5	1	-	-
Negativa	26,9	73,1	1,64	1,07- 2,50	0,022
<b>Ex-tabagista</b>					
Não	21,6	78,4	1	-	-
Sim	25,0	75,0	1,16	0,67- 2,01	0,598

Continua

## Conclusão

	Internação Hospitalar		RP bruta	IC	p*
	Sim %	Não %			
<b>Tabagista</b>					
Não	23,8	76,2	1	-	-
Sim	9,0	91,0	0,38	0,07- 2,07	0,260
<b>AUDIT-C</b>					
Negativo	18,7	81,3	1	-	-
Positivo	9,4	90,6	0,50	0,74-3,43	0,482

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: RP: Razão de Prevalência

IC: intervalo de confiança

\*Valor de p: Regressão de Poisson.

Para a análise multivariada neste desfecho, os modelos foram controlados por sexo e foram apresentados dois modelos: o primeiro (Tabela 17), que incluiu somente os fatores predisponentes e capacitantes e o segundo (Tabela 18), incluindo o grupo das necessidades em saúde junto aos dois anteriores, representado pela variável fragilidade.

**Tabela 17. Modelo I: razões brutas e ajustadas de prevalência de internação hospitalar no último ano, considerando os fatores predisponentes e capacitantes, entre os idosos da Zona Norte, Juiz de Fora, 2015**

Variável	RP bruta	IC 95%	P	RP ajustada	IC95%	p*
<b>Idade em anos</b>						
60-69	1	-	-	1		
70-79	0,56	0,27-1,15	0,112	0,49	0,24-0,98	0,045
80 ou mais	1,14	0,61-2,11	0,682	0,75	0,38-1,47	0,396
<b>Cuidador</b>						
Ausência de cuidador	1	-	-	1		
Presença de cuidador	2,21	1,22- 3,99	0,009	2,32	1,20-4,48	0,013

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: Modelo controlado por sexo.

RP: Razão de Prevalência

IC: intervalo de confiança

\*Valor de p: Regressão de Poisson

No Modelo I (Tabela 17), observa-se que a faixa etária entre 70-79 anos manteve-se com associação a menor porcentagem de internação hospitalar (RP=0,49, p=0,045). A maior prevalência de internações mantidas neste modelo associou-se ao fato de ter um cuidador (RP=2,32, p =0,013).

**Tabela 18. Modelo II: razões brutas e ajustadas de prevalência de internação hospitalar no último ano , incluindo as necessidades em saúde, entre os idosos da Zona Norte, Juiz de Fora, 2015**

Variável	RP bruta	IC 95%	p	RP ajustada	IC95%	p*
<b>Fragilidade</b>						
Frágil	1	-	-	1		
Vulnerável	0,54	0,27-1,10	0,091	0,51	0,26-1,02	0,055
Não-frágil	0,25	0,11-0,57	0,001	0,22	0,10-0,54	0,001
<b>Idade em anos</b>						
60-69	1	-	-	1		
70-79	0,56	0,27-1,15	0,112	0,50	0,26-0,99	0,047
80 ou mais	1,14	0,61-2,11	0,682	0,61	0,35-1,05	0,073
<b>Classe Socioeconômica</b>						
A+B	1	-	-	1		
C +D + E	1,80	0,93-3,48	0,082	1,84	1,02-3,32	0,044

Notas: RP: Razão de Prevalência IC: intervalo de confiança \*Valor de p: Regressão de Poisson  
 Fonte: A autora. Dados do inquérito de Saúde do Município de Juiz de Fora, MG.

No Modelo II, quando inserida a variável representativa das necessidades em saúde, esta mantém-se no modelo, indicando que idosos não-frágeis (RP=0,22, p=0,001) e vulneráveis (RP=0,51, p=0,055) - este último de forma limítrofe - apresentam prevalência menor de internação. Da mesma forma a faixa etária entre 70-79 anos mantém-se associada a menor proporção de internações hospitalares (RP=0,50, p=0,047) e surge no modelo a associação com maior prevalência de internação entre os idosos de classe socioeconômica C, D e E (RP=1,84, p=0,044). Porém observa-se que cuidador perdeu a significância estatística quando inserida a variável de necessidade de saúde, não permanecendo no modelo.

## 6 DISCUSSÃO

O estudo apresenta uma população com predominância do sexo feminino, indicando a feminização no envelhecimento, conforme encontrado em outros estudos nacionais e internacionais (IBGE, 2015; FIALHO et al, 2014; ELWELL-SUTTON et al, 2013; PILGER, MENOS, MATHIAS, 2013; BARRETO, 2012; LIU, TIAN, YAO, 2012). Segundo Camarano, Kanso e Melo (2004), isto ocorre principalmente nas áreas urbanas e a diferença se torna maior entre os idosos mais velhos, pela diferença de mortalidade por sexo. Em Juiz de Fora, dos 13,6% de idosos do município, 8,1% são mulheres, sendo o número de mulheres com mais de 80 anos aproximadamente o dobro de homens com a mesma faixa etária (IBGE, 2010a).

Segundo o IBGE (2017b), no Brasil, a projeção da expectativa de vida ao nascer é de 79,4 anos entre as mulheres, enquanto entre os homens é de 72,2 anos. A diferença na mortalidade entre os sexos é um fato conhecido. Este fato se deve a maior probabilidade da mortalidade masculina entre adultos jovens (15-29 anos), pela maior incidência de óbitos por causas violentas ou não naturais (IBGE, 2017b) e a maior procura por serviços de saúde pelas mulheres do que pelos homens para acompanhamento médico ao longo da vida (BANDEIRA, MELO, PINHEIRO, 2010).

É importante que a população feminina torne-se também foco das políticas públicas para o envelhecimento, com vistas ao envelhecimento ativo e saudável, adequação das ações específicas de acessibilidade aos serviços de saúde e da promoção e prevenção da saúde deste grupo.

A faixa etária de maior proporção neste estudo foi entre 70-79 anos, tendo uma variação entre as idades de 60 a 102 anos, concordando com a distribuição etária do estudo de Agrelli et al (2017) e Paskulin et al (2009). Conclui-se que os idosos acima de 80 anos (30,9%) encontram-se acima do achado em estudos brasileiros como de Barreto (2012), em Recife (19,2%), e de Paskulin et al (2009), na cidade de Porto Alegre (14,7%). Em Juiz de Fora, do total de idosos, os da faixa etária acima de 80 anos compreendem 2,1% da população (IBGE, 2010a). Observa-se que em Juiz de Fora entre 2006 e 2016, o número de óbitos entre as faixas etárias de 60 a 80 anos permaneceram aproximadas, porém aumentaram significativamente entre aqueles com mais de 80 anos (DATASUS, 2016), demonstrando que os idosos na cidade estão indo a óbito mais tarde. De acordo com Wong, Carvalho e Perpétuo

(2009), taxas de crescimento acima de 4% são estimadas para a população acima de 75 anos durante a primeira metade do século XXI no Brasil.

A escolaridade em geral foi baixa, sendo em maior proporção de 0-4 anos de estudo (76,2%). Resultados semelhantes foram encontrados, porém com diferenças na categorização da variável: no estudo de Fernandes et al (2013), 56,3% não haviam concluído o ensino fundamental da mesma forma que Cabrelli et al (2014), com 58,2% sendo considerados de baixa escolaridade. Almeida (2015), ao comparar os achados do PNAD entre os anos de 1998, 2003 e 2008, observou que a escolaridade matinha-se baixa (entre 0 e 7 anos), porém percebia-se melhoria ao longo dos anos. De acordo com a SES (2011), em Minas Gerais, 57,7% da população idosa estudou menos de três anos e 21,6% completaram o antigo primário. Isto leva à reflexão sobre as condições de ensino existentes nas décadas passadas e as consequências que podem ter trazido para a condição atual dos idosos (MINAS GERAIS, 2011).

A proporção dos que se autodeclararam brancos e afrodescendentes nesse estudo apresentou valores próximos, com prevalência discretamente maior para os afrodescendentes. No estudo realizado por Neri et al (2013) referente ao estudo FIBRA em sete cidades do país, observou-se que nas cidades de Belém/PA, Parnaíba/PI e Campina Grande/PB, a maior proporção de idosos referiram ser afrodescendentes, enquanto nas cidades do sul e sudeste a proporção maior foi de brancos. Na população geral brasileira, observou-se no último censo uma redução das pessoas que se autodeclararam brancas (47,7%) e um aumento dos negros e pardos (50,7%) (IBGE, 2011a). Sabe-se que a questão racial no Brasil está intimamente ligada às desigualdades sociais e econômicas (HENRIQUES, 2001), podendo consequentemente influenciar nas desigualdades sociais em saúde.

No referente à situação conjugal e arranjo domiciliar dos idosos foi prevalente aqueles sem companheiro (solteiros, viúvos, separados/divorciados) e que residiam acompanhados, semelhante aos estudos de Gondim et al (2017) e Paskulin et al (2009). Barreto (2012) referiu ter um resultado equilibrado entre viúvos e casados, sendo que a maioria residia acompanhada (86,8%), assim como no estudo de Louvison (2008). Porém, quanto à situação conjugal, o resultado deste estudo difere do realizado por Fialho et al (2014), Fernandes (2010) e Barros et al (2011), que identificaram a maioria dos idosos como casados ou em união estável, porém isso pode ser explicado pelo fato dos idosos nesses estudos serem em sua maioria mais jovens.

Quando comparadas aos homens, as mulheres apresentavam maior proporção de situação conjugal sem companheiro. Isto pode ser explicado pela diferença de mortalidade por sexo, fazendo com que haja mais mulheres viúvas do que homens. Lebrão e Laurenti (2005)

acrescentam que os homens recasam muito mais que as mulheres, portanto é mais comum encontrarmos um número maior de mulheres viúvas e sem companheiro nesta fase da vida.

As classes socioeconômicas predominantes dos idosos estudados foram a C/D/E, segundo critérios da ABEP (2008), que estimou para essas classes renda familiar média entre R\$277 e R\$1.195, representando 0,7 a 2,9 salários mínimos no ano de 2008. No estudo de Nunes et al (2017) em Bagé/ RS, que utilizou os critérios da ABEP 2008 para classificação econômica, houve maior proporção de idosos da Classe C, seguidas da D e E. No estudo de Fernandes et al (2013), realizado em uma cidade na região metropolitana de São Paulo, a renda familiar de 60,2% dos idosos era até dois salários mínimos. Lima-Costa, Firmo e Uchôa (2004) informaram 37,4% dos idosos, em Bambuí – MG, com renda domiciliar mensal entre 2-3,99 salários mínimos. Porém, em Recife, observou-se uma renda familiar de um salário mínimo para 23,2% dos idosos dentre aqueles que responderam a tal questionamento (69,9%) (BARRETO, 2012), corroborando a questão da diferença de rendas entre as regiões do Brasil, sendo as regiões Sul e Sudeste aquelas que concentram maiores rendas domiciliares (IBGE, 2011b).

Camarano, Kanso e Mello (2004) relatam que a renda das famílias que têm idosos geralmente é mais elevada do que aquelas que não os tem e a seguridade social tem grande importância nessa composição. Acrescentam que a importância da aposentadoria cresce conforme o sexo (feminino) e a idade. A questão da situação de pobreza no Brasil e seus indicadores ainda necessita de melhores definições, já que o próprio governo utiliza diferentes valores de renda domiciliar para seleção aos seus programas sociais (IBGE, 2011b). Kalache (2008) reforça que os países precisam buscar alternativas para manter seus idosos socialmente e economicamente integrados e independentes, visto o envelhecimento mundial. Repensar a aposentadoria se faz necessário, todavia, os sistemas de proteção social para os mais pobres precisam ser prioridades das políticas sociais (KALACHE, 2008).

O predomínio de idosos com religião no estudo confirma o perfil religioso da população brasileira em geral, que, no último censo, obteve somente 8% de indivíduos que informaram não ter religião. Dentre os estados da federação, Minas Gerais está entre os que têm menor número de pessoas sem religião (IBGE, 2012). Em estudos realizados com idosos, observa-se a crença na religião, sendo a católica geralmente a mais citada (FERNANDES et al, 2013; OLIVEIRA et al, 2010b; BLAY et al, 2008).

A presença de cuidador não foi predominante na população do estudo (42,5%), provavelmente por apresentar uma maior prevalência de idosos independentes funcionalmente e sem comprometimento cognitivo, porém apresenta um número expressivo. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Del Duca, Thumé, Hallal (2011), que realizaram um

estudo de base populacional em Pelotas/RS e 49,5% dos idosos referiram ter um cuidador, sendo a maioria um familiar, estando associado a tal situação ser do sexo masculino, ter companheiro, aumento da idade e incapacidade funcional para as AIVD. O número expressivo encontrado no presente estudo pode ser explicado pelo fato de ter um número significativo de idosos mais velhos.

No perfil de saúde dos idosos, o comprometimento cognitivo, de acordo com o MEEM, esteve presente em 26,8% dos idosos, com média de pontuação de 25,16 (dp  $\pm$ 10,5). Uma dificuldade encontrada para a comparação entre o presente estudo e os demais foi a diferença nos pontos de corte de acordo com a escolaridade e faixa etária. No estudo FIBRA realizado por Neri et al (2013) com 3478 idosos a partir de 65 anos, de 7 cidades brasileiras, o ponto de corte utilizado foi 22 para idosos com escolaridade de 1- 4 anos, 24 para aqueles com 5 a 8 anos de estudo e 26 para os que possuíam maior escolaridade. Como resultado, encontrou 25,4% da amostra total de idosos com déficit cognitivo, sendo os maiores percentuais em Campina Grande (38,1%) e Parnaíba (38,2%), que possuem PIB per capita mais baixo da amostra e os menores percentuais em Poços de Caldas (18,3%) e Ivoti (18,1%) que estavam entre os três locais com melhores níveis de renda. Porém vale lembrar que os idosos foram entrevistados fora de sua residência, podendo trazer um viés de sobrevivência como reconhecido pelos próprios autores.

No estudo de Holz et al (2013), de base populacional, com 1514 idosos de 60 anos ou mais em Bagé/ RS, 34,1% apresentaram rastreamento positivo para déficit cognitivo, sendo utilizado o ponto de corte 22-23. Estiveram associados a este desfecho, sexo feminino, indivíduos mais velhos, cor da pele não-branca, sem escolaridade, classe social mais pobre, depressão e incapacidade para AIVD. Verifica-se que a prevalência encontrada no presente estudo está dentro das porcentagens encontradas na literatura.

A fragilidade presente em 43,4% está um pouco acima do encontrado em alguns estudos nacionais que utilizaram a mesma ferramenta de medida. No estudo de Filippin et al (2016) com 322 idosos de 60-79 anos de Nova Rita/RS, 12,5% dos idosos apresentaram fragilidade. Em outro estudo, realizado em Embu, São Paulo em uma unidade de ESF, 30,1% dos idosos apresentaram algum grau de fragilidade (FERNANDES et al 2013). Fhon et al (2012b) realizaram estudo com 240 idosos de 60 anos ou mais em Ribeirão Preto e estimaram prevalência de fragilidade em 39,2% da amostra. A diferença encontrada pode ser devido a diferenças metodológicas entre os estudos.

Fatores como baixa renda, maior número de morbidades, força de prensão manual, faixa etária, uso de medicamentos, incapacidade funcional para atividades instrumentais de vida diária e percepção de saúde negativa estiveram associados à fragilidade em estudos com

idosos (FILIPPIN et al, 2016, PEGORARI, TAVARES, 2014). O percentual significativo encontrado nesse estudo pode ser devido às características da população, que é predominantemente de classe econômica C/D/E, possui baixa escolaridade, apresenta número considerável de idosos acima de 70 anos e com predomínio de presença de morbidades.

A maioria dos idosos do estudo foram classificados como independentes funcionalmente em suas AIVD, de acordo com a escala de Lawton e Brody, sendo 20,6% dependentes. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Berlezi et al (2016), Barbosa et al (2014) e Del Duca, Silva e Hallal (2009) em diferentes cidades do país. No entanto, no estudo de Trize et al (2014), realizado em Bauru/SP, 51% dos idosos eram dependentes funcionais nas AIVD, sendo associadas a esta condição características como idade acima de setenta anos, escolaridade de 5 a 8 anos, três ou mais doenças referidas, movimentos repetitivos e sedentarismo. Berlezi et al (2016) reforça que, principalmente na idade acima de 75 anos, as pessoas apresentam redução de sua capacidade funcional e tornam-se menos ativas, apresentam maior incidência de doenças crônicas, contribuindo para o processo degenerativo e conseqüentemente redução de sua independência.

As quedas são eventos frequentes na população idosa e estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade nesta faixa etária (PINHO et al, 2012). Neste estudo, 36,3% dos idosos referiram queda no último ano antes da entrevista, semelhante à literatura nacional. No estudo de Nascimento e Tavares (2016) com idosos da zona urbana de Uberaba, Minas Gerais, foi encontrada prevalência de 28,3%, enquanto que Siqueira et al (2007), em estudo que envolveu sete estados brasileiros a prevalência foi de 34,8%.

No presente estudo, um número significativo (45,2%) dos idosos referiu dificuldade para andar. A necessidade de ajuda humana ou dispositivos para a marcha foi informada em menor proporção, mostrando que, apesar da dificuldade, grande parte ainda consegue fazê-lo sozinho ou apresenta resistência para utilização do dispositivo. Não obstante, serve de alerta devido ao risco de quedas ou por possíveis privações em suas atividades que possam decorrer de tal dificuldade já identificada.

Vale ressaltar que as alterações na marcha do idoso interferem na realização de atividades específicas e são decorrentes de fatores fisiológicos e emocionais (SANTOS et al , 2014). Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Clares, Freitas e Borges (2014), onde 42,3% dos idosos tinham dificuldade para mover-se, dentre outros itens avaliados, porém apenas 5,8% faziam uso de dispositivos para locomoção e 17,4% relataram necessitar de ajuda para locomover-se e manter postura adequada.

No que se refere a presença de morbidade, 90,1% dos idosos referiram ter algum problema de saúde. Altos índices também foram encontrados em outros estudos brasileiros

(CAMPOLINA, DINI, CICONELI, 2011; PINHEIRO, TRAVASSOS, 1999). Destacaram-se as do aparelho circulatório, hipertensão arterial e endócrinas, que tiveram maior prevalência entre os idosos. Foi verificado, em estudos nacionais e internacionais, a hipertensão como doença crônica de maior prevalência entre os idosos, seguidas de doenças articulares, reumatismo ou dor nas costas ( MARTINS et al , 2014; BARRETO, 2012; BARROS et al, 2008; LOUVISON, 2006; LEBRÃO, LAURENTI, 2005; CORDERO et al, 2000).

A hipertensão arterial é a doença cardiovascular mais comum e consiste no principal fator de risco para o acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006d). Um estudo ecológico realizado por Mendes, Moraes e Gomes (2014) com os dados do DATASUS, verificou a prevalência de hipertensão em idosos a partir de 65 anos no Brasil entre 2006 e 2010. Os valores encontrados em todas as regiões brasileiras ultrapassaram os 50% em todos os anos, porém não seguiram uma tendência linear. Considera-se, portanto, um grave problema de saúde pública.

A alta porcentagem de idosos hipertensos encontrados neste estudo é um sinal de alerta que deve ser levado em consideração para o planejamento de ações preventivas e de promoção a saúde da população. Além disso, sabe-se que as doenças crônicas influenciam diretamente na qualidade de vida dos idosos, sendo importante o acompanhamento destes indivíduos evitando assim possíveis complicações.

Dentre as morbidades identificadas, a ansiedade foi observada em proporção maior do que a depressão. Os estudos brasileiros de base populacional encontrados na literatura apresentaram resultados semelhantes, embora não tenham utilizado a mesma escala de medida (PHQ-4). O estudo de base populacional, realizado por Martins et al, 2014, encontrou 28,5% dos idosos (N=862) com sintomatologia depressiva em Porto Alegre. Menezes (2013), que utilizou dados do estudo FIBRA, detectou 20,3% (N=2519) dos idosos com sintomas depressivos e Barreto (2012), em Recife, detectou 19,8% dos 1.200 idosos com este transtorno. Machado et al (2016) avaliaram idosos entre 60 e 79 anos da comunidade e encontraram prevalência de 22% para ansiedade generalizada. No estudo de Almeida (1999), que caracterizou todos os idosos atendidos por um ano em um serviço de emergência psiquiátrica da Santa Casa de São Paulo, 15,4% dos atendimentos foram por transtornos ansiosos. Os sintomas de ansiedade nos idosos são comuns e frequentemente associados a transtornos depressivos e doenças físicas (BYRNE, 2002).

O alto número de idosos em uso de medicação contínua observado (93,9%) pode ser justificado pela grande proporção de idosos que referiram algum problema de saúde. A proporção de cinco ou mais medicamentos (49,4%) foi quase o dobro do encontrado no estudo de Fernandes et al (2013), porém menor do que o encontrado no estudo com idosos

usuários de plano de saúde suplementar (62,8%), realizado por Muniz et al (2017). Esta diferença pode ser explicada pelo fato dos usuários de plano de saúde terem mais acesso a medicamentos e a serviço médico. Muniz et al (2017) reforçaram, do mesmo modo, a necessidade do reconhecimento do perfil de utilização de medicamentos nos idosos, de acordo com as diferentes condições que envolvem o uso dos mesmos, nas diferentes realidades de vida e saúde, para que haja estratégias de prescrição racional para este seguimento etário.

A autopercepção de saúde foi positiva entre a maior parte dos idosos, resultados também encontrados nos estudos de Fernandes et al (2013) e Lima-Costa et al (2004). Neste último, os autores referem que sexo, escolaridade, renda domiciliar mensal, estado conjugal, frequência a clubes e cultos religiosos e satisfação com relacionamentos pessoais estão associados com a avaliação em saúde. Lima-Costa et al (2004) acrescenta que em países desenvolvidos há estudos que encontram fortes associações entre autoavaliação de saúde e situação socioeconômica do idoso ou da família. Diferente da pesquisa citada, não foi encontrada no presente estudo associação com fatores socioeconômicos. Mesmo entre aqueles que informaram apresentar comorbidades, constatou-se autoavaliação positiva de saúde, estando a autoavaliação negativa associada à fragilidade, à dependência funcional e à presença de cuidador. Dessa forma, observa-se que a autoavaliação da saúde, neste estudo, foi mais influenciada pela funcionalidade do idoso, semelhante ao estudo de Belmonte et al (2017).

Quanto aos hábitos de vida que influenciam na saúde, verificamos baixas taxas de tabagismo e de comportamento alcóolico de risco entre os idosos. Observou-se uma proporção significativa de idosos que interromperam o consumo do tabaco, assim como em um estudo realizado na Espanha (FERNÁNDEZ-MAYORALAS, RODRÍGUEZ, ROJO, 2000). Em estudo de base populacional com idosos no município de Campinas – SP, resultado semelhante foi encontrado quanto ao teste AUDIT (BORIM, BARROS, NERI, 2012). Em outros estudos nacionais, obtiveram-se taxas maiores de idosos tabagistas (SENGER et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2010b; BARROS et al 2008; LIMA-COSTA et al , 2004).

O tabagismo é um importante problema de saúde pública, já que se constitui numa das principais causas de mortes evitáveis no Brasil. Cerca de 45% dos óbitos por infarto agudo do miocárdio, 85% por enfisema, 25% por doença cerebrovascular e 30% por câncer, são provocados pelo tabaco (INCA, 2003). O abuso do álcool também acarreta em maior vulnerabilidade dos idosos quanto a problemas físicos, psicológicos e sociais, com consequências que têm gerado um grande impacto nos cuidados de saúde ( KANO, SANTOS, PILLON, 2014).

O envelhecimento acelerado e a vulnerabilidade deste seguimento etário ao uso do álcool e tabaco podem gerar um sério problema populacional. Os idosos apresentam maior

número de morbidades e uso de medicamentos, que, combinados às substâncias nocivas presentes no tabaco e álcool, podem levar a interações, agravamentos do quadro instalado, dificuldade de recuperação e de inserção social (SENGER et al, 2011).

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, verifica-se que a cobertura pela Estratégia Saúde da Família foi predominante na área de residência da população estudada (77,1%). Em Minas Gerais até dezembro de 2016, estimava-se que 79,1% da população do estado estava coberta pela ESF. Municípios de Minas Gerais, com porte semelhante ao de Juiz de Fora apresentam percentuais menores de coberturas tais como Contagem (53,4%) e Uberlândia (41,2%), com exceção de Betim, que apresenta 63% da população coberta pela ESF (BRASIL, 2016).

O resultado encontrado corrobora o divulgado no estudo de Rodrigues et al (2009), sobre o uso de serviços de saúde por idosos a partir de 65 anos com condições crônicas, em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Neste estudo, os autores inferiram ainda que, apesar dos resultados indicarem que a ESF aumenta o uso dos serviços por esta população, há a necessidade de se ampliar o acesso daqueles com mais de oitenta anos e dos portadores de incapacidade funcional. Um estudo feito por Castro et al (2007) sobre o custo-efetividade da ESF em comparação a UBS tradicional, traz como resultado que a ESF é mais custo-efetiva sob o ponto de vista de indicadores de oferta e de qualidade, no entanto, quanto ao acesso e utilização dos serviços, ambas tiveram desempenho semelhante, necessitando, porém, de mais estudos a respeito.

A posse de seguro privado de saúde foi predominante na amostra, ao contrário do encontrado em outros estudos brasileiros (SILVA et al, 2017; DEUS, 2015; BARRETO, 2012; BLAY et al, 2008; LOUVISON, 2006). Quem paga o seguro de saúde, na maior parte das vezes, é o próprio idoso, sendo o plano particular predominante entre os indivíduos da amostra. No entanto, considerando a classe econômica que prevaleceu no estudo e que o valor dos seguros para idosos são mais caros do que para as outras faixas etárias, parte dos que informaram ter seguro privado de saúde podem ter planos populares que abrangem somente consultas e procedimentos de menor complexidade, que são de mais baixo custo.

Atestou-se que a maior parte dos idosos fazem uso do SUS para algum serviço, sendo o de imunização e consulta médica os mais citados, mostrando a importância de um sistema universal gratuito. Tais serviços, dentre outros, são utilizados inclusive por aqueles que referem ter seguro privado de saúde. Segundo Barata (2008), o uso do SUS por aqueles que possuem plano de saúde pode ser atribuído à qualidade reconhecida de alguns serviços públicos, como é o caso da imunização, ou mesmo pela restrição de alguns planos de saúde. Quando se analisa a posse de seguro privado de saúde e o serviço que utiliza no SUS,

observa-se que aqueles que possuem plano de saúde utilizam menos do que os dependentes os serviços de consulta, exames e internação hospitalar. No estudo de Bós e Bós (2004), que avaliou os determinantes da escolha entre o público e o privado pelos idosos, foi visto que a renda familiar do idoso tem impacto mais expressivo do que a individual para o uso da rede privada, além do fato de ser mulher, idade (a cada aumento de um ano há 2,7% de chances a mais), maior escolaridade e tamanho menor da família.

A obtenção de medicamentos para hipertensão arterial pelo SUS foi predominante na população em estudo com 56,8%. Tais resultados diferem dos encontrados por Costa et al (2016) e Baldoni et al (2014), que detectaram que menos da metade dos idosos obtiveram medicamentos pelo SUS. O segundo local mais citado para obtenção de medicamentos no presente estudo foi a farmácia popular (40%), que é um programa do Ministério da Saúde em parceria com farmácias particulares e drogarias comerciais, para disponibilizar diversos medicamentos e fraldas com descontos e, gratuitamente, medicamentos para hipertensão arterial, diabetes e asma (BRASIL,2018). Considerando que, no presente estudo, 36% dos idosos ainda adquirem tais medicamentos em farmácias comerciais, aponta-se a necessidade de ampliar e rever o acesso a este serviço visando garantir o direito à saúde assegurado aos idosos.

Os serviços de uso regular foram principalmente os serviços médicos credenciados pelo plano de saúde e a unidade básica de saúde, o que era esperado levando-se em consideração o percentual de idosos que afirmaram possuir seguro privado de saúde. Este resultado difere do encontrado em outros estudos nacionais, onde os idosos relatam uso do serviço público em maior proporção quando necessitam de atendimento médico (PILGER, MENON, MATIAS, 2013; BARRETO, 2012; TAVARES, GUIDETTI, SAÚDE, 2008).

A satisfação com os serviços médicos de saúde foi predominante entre os idosos estudados, sendo que os que possuem seguro de saúde privado obtiveram um percentual maior de satisfação. Tais resultados estão de acordo com outros estudos nacionais (JUNIOR et al, 2016; DEUS, 2015; OLIVEIRA et al, 2014; BARRETO, 2012). Moimaz et al (2010), em sua pesquisa, reforça a necessidade de ser avaliar as queixas apresentadas nos relatos dos usuários, mesmo quando estes classificam os serviços como satisfatórios. O aumento do índice de satisfação em estudos qualitativos e quantitativos pode ser devido ao fenômeno conhecido como efeito “elevação” das taxas de satisfação, que são atribuídos mesmo a serviços cujas expectativas são negativas. Era de se esperar que, no Brasil, onde o acesso a serviços de saúde de qualidade ainda apresenta diversas barreiras, os usuários manifestassem mais insatisfação com os serviços ofertados (MOIMAZ et al, 2010).

A consulta médica foi o serviço mais utilizado nos últimos três meses antes da entrevista (76,5%), sendo também a mais citada como utilizada mais de uma vez no mesmo período de tempo. A consulta médica é uma boa oportunidade para realização da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças (SILVA et al, 2011), porém a utilização em excesso dos serviços de saúde pode ser indicador de baixa resolutividade de tais serviços (SILVA et al, 2017). A prevalência de consulta médica foi próxima a do estudo de base populacional realizado por Destro, Boing, D'orsi (2014) no EpiFloripa Idoso, com 70,6% de consultas médicas em 3 meses. No estudo de Pilger, Menon e Mathias (2013), durante este mesmo período, foi encontrada prevalência de 49,3% de consultas médicas e Tavares, Guidetti, Saúde (2008) com 68,7%, que analisaram as consultas no período de um ano.

Em países que possuem sistema de saúde universal gratuito como França e Suécia foram encontrados percentuais de consulta médica, no último ano, de 78% e 94% respectivamente, considerando-se faixa etária acima de cinquenta anos (ALLIN, MASSERIA, MOSSIALOS, 2009). No Canadá, 89,1% dos idosos acima de 65 anos tiveram contato com um médico no último ano (STATISTICS CANADA, 2005). Em um estudo realizado na Alemanha, 19% dos idosos acima de 65 anos tiveram altas taxas de consultas médicas (ambulatoriais, domiciliares ou em instituições de longa permanência). Dentre esses, 74,4% tiveram mais de cinquenta contatos em ambulatório no período de doze meses (BUSSHE et al, 2016).

Os fatores predisponentes e capacitantes associados ao uso de consulta médica entre os idosos foram ser da raça/cor amarela ou indígena e participar de grupo educativo. No referente a raça/cor, estes tiveram um percentual menor de consulta médica quando comparado aos brancos. Em Juiz de Fora, 3.448 pessoas se autodeclararam da raça/cor amarela (9,5% idosos) e 639 indígenas (17,8% idosos) no último censo do IBGE (IBGE,2010d).

O resultado encontrado neste estudo diferiu de estudos nacionais que incluíram a raça/cor como variável independente na análise e que não encontraram associação com o uso de consultas médicas ou da unidade de saúde (ALMEIDA et al, 2015; DEUS, 2015; RODRIGUES et al, 2009; ALMEIDA et al, 2002). Neste estudo, a proporção menor de consultas entre pessoas que se autodeclararam amarela ou indígena pode indicar dificuldade no acesso a tal serviço. A respeito desta temática, Chor (2013) refere que as desigualdades em saúde podem ser influenciadas pela raça, posição socioeconômica e gênero, de diferentes formas e com diferentes magnitudes.

Participar de grupos educativos esteve associado ao maior número de consultas médicas pelos idosos. Sabe-se que a educação em saúde possibilita que os usuários tornem-se

sujeitos do seu processo saúde-doença-cuidado. A possibilidade da troca de informações e experiências entre os profissionais, que conhecem a realidade da população atendida e seus usuários, permite contribuir com uma prática mais crítica (REIS, 2009). Estudos mostram que atividades educativas com idosos permitem maior conhecimento dos profissionais sobre suas condições de saúde, identificação de fatores de risco e de intervenção, proporcionando maior independência aos idosos, tornando-os menos poliqueixosos e mais inseridos nas atividades comunitárias (FIGUEIREDO et al, 2014), além de se constituírem em um espaço para redes de apoio, estabelecimento de vínculos afetivos, efetivação do controle social, orientação, intervenção e educação em saúde (COMBINATO et al, 2010).

Não foram encontrados estudos com enfoque na associação entre uso de serviços de saúde e participação em grupos educativos, não obstante pode-se considerar que o resultado encontrado neste estudo pode ser explicado pela grande procura destes idosos pelos serviços para fins de prevenção e acompanhamento de doenças crônicas.

Alguns fatores sociodemográficos que são considerados fatores capacitantes ou predisponentes ao uso dos serviços de saúde não tiveram associação com consulta médica neste estudo, diferente de estudos nacionais e internacionais. No estudo de Noronha et al (2005) sobre as desigualdades em saúde utilizando dados do Projeto SABE na América Latina, foi encontrada associação entre maior escolaridade e maior número de consultas nas cidades de Santiago, no Chile, e Cidade do México, sendo que, em São Paulo, maior escolaridade esteve associada ao menor uso deste serviço. No estudo de Allan et al (2011) no Canadá, residir em área urbana, ser do sexo feminino, ter menor renda e menor escolaridade estiveram associadas ao maior uso de consultas. Rodrigues et al (2009) encontraram associação entre maiores de oitenta anos, menor escolaridade e residir na área da ESF com maior uso de consultas, sendo que na região Sul acrescentaram-se ainda os idosos com incapacidade funcional. Blay et al (2008), em estudo no Rio Grande do Sul, encontraram associação entre ser do sexo feminino, mais velho (aumento de 2% para cada ano adicional), desempregado, com seguro de saúde privado, à maior probabilidade de visita ambulatorial.

Quanto às necessidades em saúde, houve associação do maior uso de consulta médica por idosos com transtorno de ansiedade e que fazem uso de medicação contínua, porém estas não se mantiveram nos modelos finais da análise multivariada. Quanto ao transtorno de ansiedade, apesar de não ter sido encontrado estudos com idosos que fizessem associação com esta variável, um estudo de acesso de adultos, como o realizado por Filho et al (2015), também encontraram associação significativa com maior uso de consultas em doze meses por adultos com este transtorno. O quadro de ansiedade acarreta conflitos psicológicos e sentimentos de tensão, angústia e sofrimento, gerando sintomas como taquicardia, insônia,

distúrbios gastrointestinais, sudorese, vertigens e náuseas (AZEVEDO, 2009), o que pode justificar o maior uso de consulta médica por idosos ansiosos.

O uso de medicação contínua é feito por aqueles em tratamento de doenças crônicas, necessitando de acompanhamento médico regular e renovação de prescrições médicas. Logo, esta condição resulta em maior uso de consulta médica por idosos, conforme visto neste estudo. O uso de medicação contínua não foi encontrado nos estudos sobre acesso como variável analisada para associação com número de consultas médicas, porém ser portador de doenças crônicas foi associado ao maior uso deste serviço ou da unidade de saúde em estudos nacionais (PASKULIN et al, 2009; LOUVISON et al 2008; ALMEIDA et al, 2002).

Os idosos classificados como vulneráveis quanto à fragilidade consultaram 30% menos do que os considerados frágeis. Este resultado difere da pesquisa de Fernandes (2010), que não encontrou associação entre fragilidade e acesso ao serviço de saúde. Apesar do fato de indivíduos frágeis poderem ter maiores necessidades de saúde, pode-se refletir se os serviços de saúde estão dando a devida atenção aos pacientes que se encontram no estágio de vulnerabilidade e se os mesmos estão tendo acesso aos serviços de saúde. Vale lembrar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa reforça a importância de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, através de ações individuais e coletivas. Os idosos, mesmo que independentes, se apresentarem alguma dificuldade nas AIVD, devem ser considerados com potencial para desenvolver fragilidade e por isso deverão ser acompanhados pelos profissionais de saúde com maior frequência (BRASIL, 2006a)

Os resultados da análise multivariada mostram que ser vulnerável quanto à fragilidade, participação em grupos educativos no SUS, estar em área adscrita de UBS tradicional, ser da raça/cor amarela ou indígena, permaneceram como fatores preditivos independentes para o uso de consulta médica pelos idosos, sendo acrescentadas no modelo as classes econômicas C/D/E, que foram estatisticamente significativas após ajustes por outras variáveis.

Ser das classes econômicas C/D/E associou-se a menor uso de consultas médicas pelos idosos do estudo. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Deus (2015) com idosos hipertensos de uma ESF na zona rural de São Luis – MA, cuja dificuldade no acesso à unidade esteve associada à renda familiar, favorecendo os de renda mais alta. Em revisão sistemática realizada por Almeida et al (2017), que analisou artigos que abrangiam a associação entre características socioeconômicas e acesso ou utilização de serviços de saúde entre idosos, estudos realizados em países como Alemanha, México, Estados Unidos, Áustria, China e no próprio Brasil, tiveram medidas de efeito pró-rico quanto as consultas médicas. Ao contrário, no estudo de Allan et al (2011) no Canadá, foi associada menor renda relativa a maior número de consultas, no entanto, ao acrescentar as variáveis de necessidade em saúde

no modelo, esta perdeu o efeito. Almeida et al (2015), encontrou que, quanto maior a renda, menor é a procura por consultas para fins curativos e maior para fins preventivos. A hipótese portanto é que possa haver dificuldade no acesso destes idosos aos serviços de saúde para consulta médica.

Os idosos residentes em área com UBS tradicional tiveram menos consultas do que os que tinham ESF de referência, resultados compatíveis com o estudo de Rodrigues et al (2009) nas regiões Sul e Nordeste. Este resultado pode ser explicado pela dificuldade no deslocamento de idosos que tenham incapacidade funcional, sejam frágeis ou possuam outro agravante que impeça ou dificulte seu deslocamento até a unidade de saúde, enquanto que a ESF disponibiliza atendimento domiciliar. Martins et al (2016) mostra, em seu estudo com profissionais de unidades de ESF e tradicionais, utilizando o instrumento de avaliação da atenção primária PCATool, que a ESF tem agregado qualidade à Atenção Primária. Goldbaum et al (2005) acrescentam que a ESF tem contribuído para maior equidade na utilização dos serviços de saúde.

Diante do exposto, verifica-se alta prevalência de consulta médica entre os idosos estudados, com necessidade de maior atenção entre os idosos vulneráveis à fragilidade e da raça/cor amarela ou indígena e classes econômicas mais baixas, que podem estar passando por desigualdades no acesso a consulta médica. Enfatiza-se a importância da ESF na promoção de oferta, qualidade e acesso aos serviços de saúde para uma população que demanda mais por tais serviços e que possam apresentar dificuldades para deslocar-se até a unidade.

A internação hospitalar no último ano antes da entrevista foi informada por 22,9% dos idosos. Nos estudos nacionais, resultados superiores foram encontrados, como no de Rosa et al (2017) em sete municípios da região Sul do Brasil, com 32,9% de internações em um ano e ao de Pagotto, Silveira e Velasco (2013) com idosos usuários do SUS em Goiânia, com com 24,4% de internações. Resultado inferior ao deste estudo foi encontrado na pesquisa de Nunes et al (2017), estudo de base populacional realizado em Bagé/RS com 17,7% de hospitalizações; Fernandes et al (2013), com 15,5% em um município da região metropolitana de São Paulo; Travassos e Viacava (2007), em pesquisa utilizando dados da PNAD 2003 com idosos da área urbana, com taxa de internação de 10,6%. Estudos internacionais, o Ministério da Saúde de Singapura informou taxa de 21,9% de internações entre idosos acima de 65 anos, em 2016 (SYNGAPORE, 2016) e, na Espanha, Fernandes-Mayoralas et al (2000) informaram internação de 10,5% dos idosos.

Juiz de Fora possui quatorze hospitais para internação, sendo destes, dois hospitais oncológicos. Dentre a rede hospitalar disponibilizada na cidade, três hospitais atendem exclusivamente convênios com planos de saúde e os demais possuem atendimento somente

pelo SUS ou misto. A capacidade local de internação é um fator que facilita o uso desse serviço, já que a oferta e a distância do serviço de saúde ao usuário influencia diretamente em seu acesso (OLIVEIRA, TRAVASSOS, CARVALHO, 2004). As internações hospitalares de idosos apresentam maior custo que o da população adulta e refletem possíveis falhas nas ações de promoção, prevenção e longitudinalidade do cuidado das doenças crônicas inerentes ao processo do envelhecimento (SILVEIRA et al, 2013).

Um estudo realizado por Filho et al (2004) a respeito das causas de internações hospitalares de idosos no âmbito do SUS trouxe como resultado que, no ano de 2001, os idosos, que correspondiam a 8,3% da população geral, foram responsáveis por 18,3% das internações hospitalares. Observou-se que a taxa de internações para homens e mulheres na população acima de 60 anos foi duas vezes maior do que no da adulta (20-59 anos). As principais causas de internação entre os idosos foram doenças do aparelho circulatório e respiratório, que poderiam ser evitadas ou amenizadas se adotados hábitos saudáveis de vida.

Ter estudado cinco anos ou mais esteve associado na análise bivariada com menos internações entre os idosos deste estudo, porém não manteve-se nos modelos finais. O resultado diferiu do encontrado no estudo de Blay et al (2008), no Rio Grande do Sul (considerando escolaridade maior ou igual a quatro anos) e de Noronha et al (2005), que encontraram, somente na cidade de São Paulo, associação de maior escolaridade (maior ou igual a sete anos) com maior número de internações. No estudo de Louvison (2006) houve pouca associação entre internação e escolaridade, sendo mais determinado pela necessidade em saúde, e, no estudo de Jiang et al (2013), realizado na China, tal associação não foi encontrada.

Depreende-se, nesta pesquisa que 64,5% daqueles que estudaram cinco anos ou mais são da Classe Econômica A ou B e ambos estão fortemente associados, podendo tornar-se um facilitador no acesso a serviços básicos de saúde. O menor uso deste serviço pelos idosos pode estar associado ao acesso a serviços básicos de saúde e acompanhamento regular de suas comorbidades, não chegando, neste caso, a situações de emergência que necessitem de internação.

O cuidador é uma pessoa que presta cuidados diretamente ao idoso, realizando tarefas básicas no domicílio e auxiliando-os em sua recuperação. Pode ser da família ou não e deve ser orientado pelos profissionais da atenção básica, já que não necessariamente trata-se de uma profissão ou função formal na área de saúde (BRASIL, 2012).

Ter a presença de um cuidador está associada a maior uso de internações hospitalares pelos idosos. A presença do cuidador está associada diretamente a idosos com comprometimento cognitivo, frágeis e dependentes funcionais, que podem demandar por

serviços de saúde de maior complexidade. Além disso, a detecção de necessidades de saúde pode ser facilitada quando se tem alguém cuidando do idoso. Apesar disso, é importante outros estudos nos quais seja verificado se tais idosos estão tendo acesso aos serviços de saúde que necessitam antes da internação e se este desfecho é uma consequência do quadro de saúde já apresentado ou uma complicação por falta de acesso a outros serviços.

A autopercepção negativa de saúde, associada a maior proporção de internação hospitalar, também foi encontrada no estudo de Lima-Costa, Firmo e Uchôa (2004), no projeto Bambuí. Na pesquisa de Pavão (2013), inquérito domiciliar de âmbito nacional com 12.324 chefes de família acima de 20 anos, a autoavaliação ruim de saúde entre os idosos foi de 62,2%, tendo chance 100% maior desta quando comparados aos indivíduos entre 20-39 anos. Estiveram associados à autoavaliação negativa o aumento da idade, a baixa escolaridade e a renda, o tabagismo, o sedentarismo, não consumir bebida alcoólica, a presença de morbidade crônica e a obesidade. A autoavaliação de saúde é considerada um importante indicador da percepção de saúde e seu estudo pode contribuir para traçar o perfil de indivíduos que estão mais propensos a procurar os serviços de saúde (PAVÃO, 2013).

Necessidades de saúde avaliadas, como comprometimento cognitivo, dificuldade para andar, necessidade de ajuda humana ou de dispositivos para a marcha, relato de queda no último ano e dependência funcional estiveram relacionadas ao maior uso de internação hospitalar, porém não se mantiveram nos modelos finais na análise multivariada. Tais características refletem idosos dependentes de cuidados ou que necessitam de auxílio em suas atividades diárias, tanto para a identificação de necessidades em saúde quanto para a procura do serviço de saúde, seja para atendimento preventivo, acompanhamento de doenças crônicas ou agudas. Perceber o maior número de internações por esse grupo novamente reporta à reflexão sobre a desigualdade no acesso a serviços de saúde que possam evitar tais internações. Da mesma forma, a menor proporção de internações por idosos não-frágeis e participantes de grupos educativos reforça a justificativa relatada acima.

O estudo de Fernandes (2010) demonstra dificuldade de acesso a serviços de saúde por idosos com dependência funcional. A fragilidade apresentou significância estatística limítrofe ( $p=0,052$ ), contudo importante, pois observou-se que os idosos frágeis relataram mais dificuldades no acesso a esses serviços do que os não-frágeis.

Idosos que sofrem quedas podem necessitar de hospitalização e intervenção cirúrgica, podendo justificar a associação entre os idosos com este evento e o maior uso deste serviço. Estudos mostram que geralmente estes idosos são de idades mais avançadas, sedentários, possuem autoavaliação negativa de saúde, duas ou mais morbidades e fazem uso de medicação contínua (NASCIMENTO et al, 2016; SIQUEIRA et al, 2007).

Na análise multivariada, os fatores predisponentes e capacitantes foram incluídos no Modelo I, permanecendo as variáveis cuidador com associação a maior proporção de internações e a idade 70-79 anos, que esteve associada a um menor uso de internação entre os idosos. O resultado diferiu do encontrado no estudo de Rosa et al (2017) em sete municípios da região Sul do Brasil, que verificou associação positiva entre internação hospitalar e faixa etária acima de 75 anos, homens, com escolaridade superior a 4 anos, com desnutrição ou risco de desnutrição.

No Modelo II, ao incluir as necessidades de saúde, permaneceram no modelo a fragilidade, faixa etária e classe econômica. Os idosos não-frágeis e vulneráveis estiveram associados a menor proporção de internação hospitalar, assim como a faixa etária entre 70-79 anos. Vale ressaltar que nesta faixa etária encontra-se a maior proporção de idosos não-frágeis da amostra (53,5%), o que pode explicar a menor proporção de internações encontradas.

Idosos identificados nas classes econômicas C/D/E estiveram associados a maior proporção de internações no modelo II. Na revisão sistemática realizada por Almeida et al (2017) sobre determinantes sociais do acesso em idosos, dos 15 artigos encontrados sobre hospitalização, oito não tiveram efeito da renda e escolaridade sobre a hospitalização e quatro tiveram efeito pró-pobre. Os outros três estudos não mostraram associação entre fatores socioeconômicos e utilização de emergência. No estudo de Castro (2006) que avaliou as internações hospitalares em crianças e adultos (acima de 14 anos) com dados da PNAD 2003, observou-se associação com menor chance de internação em adultos com menor renda familiar per capita (0,75 a 2 salários mínimos). Noronha et al (2005), que avaliou internações entre adultos e idosos, não encontrou tal associação, bem como demais estudos nacionais específicos com idosos (ROSA et al, 2017; BLAY et al, 2008). Reflete-se se o resultado encontrado neste estudo pode ser indicativo de melhoria no acesso a este serviço, tornando-o mais equitativo. Sabe-se que tais indivíduos podem ter dificuldade no acesso a demais serviços de saúde, restando a internação hospitalar como última opção em situações mais graves.

Algumas limitações do estudo podem ser ressaltadas. Por se tratar de um estudo transversal, é importante esclarecer que este tipo de estudo verifica associação entre os fatores e os desfechos, porém sem sugerir necessariamente uma relação de causalidade.

Além disso, a pesquisa abordou acesso como a possibilidade do uso dos serviços de saúde quando necessário (TRAVASSOS, OLIVEIRA, VIACAVA, 2006) e a utilização desses serviços, como qualquer contato direto ou indireto, sendo uma expressão positiva do acesso (TRAVASSOS, VIACAVA, 2007). No entanto, não contemplou alguns aspectos como distância até a unidade de saúde, tempo de espera pelo atendimento ou mesmo se conseguiu

ser atendido na primeira vez que procurou o serviço. Porém, a questão que informa os serviços de uso regular quando precisa de atendimento médico, tem na opção “ninguém ou não procura médico há muito tempo” somente 0,7%. Dentre esses, 0,6% informaram que não procuraram médico por não precisarem na questão seguinte: “O (a) sr (a) não procura médico há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao médico? Que dificuldade?” Tal fato, pode sugerir que os idosos estão tendo acesso aos serviços médicos quando necessitam de atendimento.

Verificamos ainda que 23 idosos foram excluídos por apresentarem comprometimento cognitivo e não terem outro respondente. Este fato pode subestimar os resultados encontrados no estudo, pois pacientes com este tipo de comprometimento e sem cuidador podem ter dificuldades na identificação de necessidades de saúde e na procura dos serviços de saúde, tendo, portanto, dificuldade em acessar os mesmos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil e no mundo e este fato alerta para o aprimoramento dos serviços de saúde visando atender as demandas desta população, que, por suas condições crônicas e potencial fragilidade, tendem a utilizar mais tais serviços. Constatam-se, ainda, a presença de desigualdades sociais e barreiras enfrentadas pelos idosos na utilização de serviços de saúde, demonstrando a necessidade de se fortalecer as políticas públicas e organizar as ações que envolvem a atenção ao idoso.

Foram verificadas altas prevalências de uso de consultas médicas e de internação hospitalar na população estudada. Para o uso de consulta médica, estiveram associados, de forma independente, após ajuste por outras variáveis, o menor uso pelos de raça/cor amarelo ou indígena e vulneráveis, quanto à fragilidade, os de classe econômica C, D ou E e os que residem em área adscrita de UBS tradicional. O maior uso foi relacionado a participação em grupos educativos. Essas associações nos fazem refletir na possibilidade de desigualdade de acesso ao serviço básico de saúde e ao mesmo tempo demonstra a importância de estratégias como a ESF para minimizar tal desigualdade, diante de uma população potencialmente frágil.

Na internação hospitalar, observou-se o menor uso deste serviço pelos idosos com 70 a 79 anos de idade e que não apresentavam fragilidade ou eram vulneráveis. O maior uso de internação esteve associado a ser das classes econômicas C/D/E e contar com cuidador. Inferiu-se que, diferente de alguns estudos, a menor renda associou-se ao maior uso de internação, podendo ser indicativo de acesso mais equitativo a este serviço. Não apresentar fragilidade ou ser vulnerável diminui a proporção de internações, o que pode ser justificado pela menor complexidade destes idosos. Contar com um cuidador, por outro lado, associou-se a maior proporção de internações.

A alta utilização do SUS demonstra a importância da manutenção de um sistema de saúde universal. Verificou-se idosos que, mesmo com seguro privado de saúde, utilizam o SUS para vários serviços, dentre eles internação e consulta. Este *mix* público-privado é uma característica do sistema público brasileiro, que tem o sistema universal gratuito e que pode apresentar dificuldades de acesso em alguns quesitos, por um lado, e a saúde suplementar, que é vista como de mais fácil acesso e de melhor qualidade, porém com diferentes formas de cobertura e valores altos a serem pagos pelos segurados, por outro.

Como contribuições desse estudo para a melhoria do acesso aos serviços de saúde pelos idosos do município, sugerem-se: busca ativa por aqueles considerados vulneráveis

quanto a fragilidade para averiguação do estado de saúde dos mesmos e acompanhamento de suas comorbidades, conforme orientado pelo Ministério da Saúde, já que foi observado menor uso de consultas médicas e internações hospitalares por esse grupo; estimular a participação em grupos educativos, com temas que abrangem a saúde do idoso; avaliar os idosos dependentes de cuidados de terceiros, que neste estudo foram identificados com maior proporção de internações, para que se verifique se estão tendo adequado acompanhamento e encaminhamento dentro da Rede de Atenção a Saúde. Não menos importante, ressalta-se o fato de que idosos de classes econômicas mais baixas estão consultando menos e internando mais, o que pode ser um indicativo de dificuldade no acesso a serviços básicos de saúde, ocasionando em internações, sendo importante ações que diminuam tal desigualdade.

Constata-se, cada vez mais, a importância da Atenção Primária em Saúde com as características abordadas por Starfield (2002), como: a atenção ao primeiro contato, com o intuito de facilitar o acesso dos indivíduos a cada novo problema; a longitudinalidade, em que os indivíduos têm uma fonte regular de atenção e estabelecimento de vínculo com os profissionais; abrangência e coordenação ou integração, com a continuidade dos cuidados e acompanhamento ou reconhecimento de problemas. A observação de que estas características da APS são melhor operacionalizadas pela ESF ressalta a importância da ampliação da cobertura desta estratégia no município.

No entanto, é importante ressaltar que todo o setor saúde deve estar preparado para o envelhecimento populacional e não somente a atenção básica. Serviços públicos e privados, com ampliação da rede de atenção ao idoso em todos os níveis de atenção, tendo em vista a equidade, integralidade e qualidade do atendimento e a promoção do envelhecimento ativo. Além disso, medidas de proteção social são imprescindíveis para esta população cada vez mais carente.

Portanto, compreendendo as necessidades e demandas da população idosa, possibilita-se a organização de políticas públicas e sua implementação de forma a atendê-las, considerando o crescimento desta população nos próximos anos. A mudança na atenção a saúde do idoso se faz necessária e espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para a melhor compreensão das necessidades dos idosos do município.

## REFERÊNCIAS

AGRELI, B. F. et al. Functional disability and morbidities among the elderly people, according to sócio-demographic conditions and indicative of depression. **Invest Educ Enferm.**, v. 35, n.1, 2017.

ALBUQUERQUE, M.S.V et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p.182-194, 2014.

ALCÂNTARA, L. R.; LOPES, M. J. M. Estrutura de Serviços e acesso a consumos em saúde por idosos em um contexto rural do Sul do Brasil. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v.17, n.1, p.94-114, 2012.

ALMEIDA, O. P. Mini Exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq Neuropsiquiatria**, v. 56, n. 3-B, p.605-612, 1998.

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev Bras Psiquiatria**, v.21, n.1, 1999.

ALMEIDA, A. N. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. **J Bras Econ Saúde**, v.7, n.1, p.43-52, 2015.

ALMEIDA, A.P.S.C. et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Rev Saude Publica**, v.51,n.50, 2017.

ALMEIDA, M. F. et al . Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.743-756, 2002.

ALLAN, D. E. et al. Exploring the Influence of Income and Geography on Access to Services for Older Adults in British Columbia: A Multivariate Analysis Using the Canadian Community Health Survey (Cycle 3.1). **Canadian Journal on Aging**, v.30, n.1, p.69-82, 2011.

ALLIN, S.; MASSERIA, C.; MOSSIALOS, E. Measuring Socioeconomic Differences in Use of Health Care Services by Wealth Versus by Income. **American Journal of Public Health**, v. 99, n.10, October 2009.

AMARAL, F. L. J. S. et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 2991-3001, 2012.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 1-28, 2005.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Social Behav**, v 1, n. 36, p. 1-10, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESA DE PESQUISAS (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2008. Disponível em: <[www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07](http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07)>. Acesso em: 30 de março de 2017.

AUSTREGESILO, S. C. et al. Acessibilidade a serviços de saúde bucal por pessoas idosas: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.189-199, 2015.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia Saúde da Família. **Interface -Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 35, p.797-810, 2010.

AZEVEDO, J. F. **Prevalência de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados no município de Ji-Paraná – Rondônia**. 79f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

BANDEIRA, L. M.; MELO, H. P.; PINHEIRO, L. S. Mulheres em dados: o que informa o PNAD/IBGE 2008. **Revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**, Edição Especial, p.107-119, jul 2010.

BALDONI, A. O. et al. Dificuldades de acesso aos serviços farmacêuticos pelos idosos. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 35, n. 4, p. 615-621, 2014.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde considerações sobre os resultados da Pesquisa de condições de vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.

BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p. 3317-3325, 2014.

BARRETO, K. M. L. **Envelhecimento, Mobilidade urbana e saúde**: um estudo da população idosa. 2012. 179f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2012.

BARROS, M. B. A et al. Social inequalities in health among the elderly. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, Sup 2, p.198-208, 2011.

BELMONTE, J. M. M. M et al. Associação entre autoavaliação de saúde e indicadores de capacidade funcional. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 11, n. 2, p. 61-70, 2017.

BERLEZI, E. M. et al. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado? **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 643-652, 2016.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 52, p.1-7, 1994.

BLAY, S. L. et al. Equity of Access to Outpatient Care and Hospitalization Among Older Community Residents in Brazil. **Medical Care**, v. 46, n. 9, set 2008.

BOCCOLINI, C. S, JUNIOR, P. R. B. S. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. **International Journal for the equity in health**, v. 15, n. 150, p. 1-8, 2016.

BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 4, p. 273-279, 2007.

BORGES, C. L. et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 4, p. 318-22, 2013.

BORGHI, A. C. et al. Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde. **Rev Esc Enferm, USP**, v. 49, n. 4, p. 589-595, 2015.

BORIM, F. S. A; BARROS, M. B. A; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 769-780, abr 2012.

BÓS, A. M. G; BÓS, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 6 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS n. 702 de 12 de abril de 2002**. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, 2002. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto n. 5.109 de 17 de junho de 2004**. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências, 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5109.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5109.htm)>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006b. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=536](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=536)>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 15. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso**. Brasília: 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico Cobertura Saúde da Família**. Unidades Geográficas por competência. 2016. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acesso em: 17 de julho de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cobertura da Atenção Básica**: período por unidade geográfica, 2017. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 28 de março de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Farmácia Popular**. Farmácias credenciadas. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/farmacias-credenciadas>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2018.

BUSH, K. et al. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). **Arch Intern Med**, v.158, set 1998.

BUSSCHE, H. V. D et al. Overutilization of ambulatory medical care in the elderly German population? – An empirical study based on national insurance claims data and a review of foreign studies. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 129, p. 2-16, 2016.

BYRNE, G. J. G. What happens to anxiety disorders. **Rev Bras Psiquiatria**, v.24, Supl I, p. 74-80, 2002.

CABRELLI, R. et al. Idosos na unidade de saúde da família: morbidade e utilização de serviços de saúde. **Rev Rene**, v. 15, n. 1, p. 89-98, jan-fev 2014.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Introdução. In.: CAMARANO, A. A. (Org). **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004a.

\_\_\_\_\_. O envelhecimento populacional na agenda das Políticas Públicas. In.: CAMARANO, A. A. (Org). **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004b.

CAMARANO, A.A, KANSO,S.,MELLO,J.L. Como vive o Idoso brasileiro?. In.: CAMARANO, A. A. (Org). **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004b.

CARAMELLI, P.; HERRERA, E.; NITRINI, R. The mini-mental state examination in a cohort of illiterate elderly patients. **Ann Neurol**, 44:495, 1998.

CARVALHO, G. A. Saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p.7-26, 2013.

CARVALHO, J. A. M, WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 597-605, 2008.

CARVALHO, J. A. M; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.725-733, mai-jun, 2003.

CASTRO, M. S. M. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 987-998, 2006.

CASTRO, J. D. et al. Custo-efetividade: comparação entre o modelo tradicional e o Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam e Com**, v. 3, n. 10, jul-set 2007.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, p. 117-130, 2009.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul-set, 1997.

CEPAL. **Carta de São José sobre os direitos das pessoas idosas da América Latina e do Caribe**, 2012.

CHOR, D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1272-1275, jul 2013.

CLARES, J. W. B; FREITAS, M. C.; BORGES, C. L. Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade de idosos. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 3, p. 237-42, 2014.

CLOSS, V. E; SHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COMBINATO, D. S. et al. Grupos de conversa: saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 558-568, 2010.

CONDELIUS, A.; ANDERSSON, M. Exploring access to care among older people in the last phase of life using the behavioural model of health services use: a qualitative study from the

perspective of the next of kin of older persons who had died in a nursing home. **BMC Geriatrics**, v. 15, p.1-14, 2015.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. **Protocolo de San Salvador**, 1988 Disponível em: <[http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/e.Protocolo\\_de\\_San\\_Salvador.htm](http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm)>. Acesso em: 07 de fevereiro de 2017.

CORDERO, B. M. R. et al. Diagnóstico de Necesidades de Salud de la Poblacion de Adultos Viejos de um sector de la comunidad de Puerto Nuevo. **PRHSJ**, v. 19, n. 2, jun 2000.

COSTA, A. J. L. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p.927-940, 2006.

COSTA, K. S; FRANCISCO, P. M. S. B; BARROS, M. B. A. Utilização e fontes de obtenção de medicamentos: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 1-12, 2016.

COSTA, K. S et al. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 2, fev 2016.

COSTA, M. F. L.; MATOS, D. V.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 941-950, 2006.

CRUZ, D. T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 138-146, fev 2012.

CRUZ, M. J. G.; MURAI, H. C. Acessibilidade dos idosos na Rede Básica de Saúde. **Rev Enferm UNISA**, v. 10, n. 1, p. 48-52, 2009.

DATASUS. Indicadores de Saúde e Pactuações. Estatísticas vitais. **Mortalidade 1996 a 2016 pela CID-10**, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 05 de junho de 2018.

\_\_\_\_\_. Indicadores de Saúde e Pactuações. Epidemiologia e Morbidade. **Morbidade hospitalar do SUS: Geral, por local de internação a partir de 2008**, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 05 de junho de 2018.

DEL DUCA, G.F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

DEL DUCA, G.F; THUMÉ,E; HALLAL,P.C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev Saude Publica** , v.45,n.1,p.113-120, 2011.

DEUS, K. M. M. S. **Idosos hipertensos: acesso e utilização de serviços de saúde**. 2015. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente). Universidade Federal do Maranhão. São Luiz, 2015.

DEVER, G. E. A. A Epidemiologia da utilização dos serviços de saúde. In: DEVER, G. E. A. **A Epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, p. 211-236, 1988.

DINIZ, B. S. O.; VOLPE, F. M; TAVARES, A. R. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Rev. Psiq. Clín.**,v. 34, n.1,p. 13-17, 2007.

DIOGENES, M. A. R. et al. Barreiras a realização periódica do Papanicolau: estudo com mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev APS**, v. 14, n. 1, p. 12-18, 2011.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003. Disponível em: [https://play.google.com/books/reader?id=fDSriunx6UEC&printsec=frontcover&output=reader&hl=pt\\_BR&pg=GBS.PA22.w.1.2.0](https://play.google.com/books/reader?id=fDSriunx6UEC&printsec=frontcover&output=reader&hl=pt_BR&pg=GBS.PA22.w.1.2.0)>. Acesso em: 28 dez 2016.

DONABEDIAN, A. The assessment of need. In: DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, p. 58-77, 1973.

DOORSLAER, V.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. **CMAJ**, v. 174, n. 2, p.177-183, 2006.

DUKU, S. K. O.; DULLEMEN, C. E; FENENGA, C. Does Health Insurance Premium Exemption Policy for Older People Increase Access to Health Care? Evidence from Ghana. **Journal of Aging & Social Policy**, v. 27, n. 4, p. 331-347, 2015.

DUTTON, D. Financial, Organizational and professional factors affecting health care utilization. **Sot. Sci. .Wed**, v. 23, n. 7, p. 721-735, 1986.

EMMERICK, E. C. M. et al. Barriers in household access to medicines for chronic conditions in three Latin American countries. **International Journal for Equity in Health**, v. 14, p. 1-14, 2015.

ELWEEL-SUTTON, T. M. et al. Inequality and inequity in access to health care and treatment for chronic conditions in China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. **Health Policy and Planning**, v. 28, p. 467–479, 2013.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e o SUS. In: LIMA, N. T. et al (Orgs). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 279-322, 2012.

ESCOREL, S. História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 183-206, 2012.

EVANS, R. G.; STODDART, G.L. Producing health, consuming health care. **Sot. Sci. Med**, v. 31, n. 12, p.1347-1363, 1990.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira adaptada da *Edmonton Frail Scale* para idosos residentes na comunidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Forthcoming, v.21 , n.6 ,p. 1-7, 2013.

FERNANDES, H. C. L. **O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família**. 2010. 100f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

FERNANDES, H. C. L. Avaliação da fragilidade em idosos atendidos em uma unidade de estratégia da saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 2, p. 423-3, 2013.

FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; RODRÍGUEZ, V.; ROJO, F. Health services accessibility among Spanish elderly. **Social Science & Medicine**, v. 50, p. 17-26, 2000.

FHON, J. R. S. et al. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 1-8, set-out 2012a.

FHON, J.R.S et al. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paul Enferm**, v. 25,n.4, p.589-94, 2012b.

FIALHO, C. B. et al. 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, 2014.

FILHO, A. D. P. et al. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 15, 2015.

FILIPPIN, L. I. et al. Rastreamento de fragilidade em idosos no Sul do Brasil: dados do estudo EPES. **Revista Inspirar**, v. 10, n. 3, p. 48-54, jul-ago-set 2016.

FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN S.; MCHUGH P. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FRANK, D. et al. Effectiveness of the AUDIT-Casa Screening Test for Alcohol Misuse in Three Race/Ethnic Groups. **J Gen Intern Med**, v. 23, n. 6, p. 781-7, 2008.

FREITAS, F.A.S. et al. Vulnerabilidade física de idosos na alta hospitalar. **Fisioter Pesqui**, n.24,v. 3, p.253-258, 2017.

FREITAS, M.C.M. **Fatores determinantes ao acesso ao Papanicolau por mulheres idosas no município de Juiz de Fora-MG**. 2012. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Univerisdade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2012.

FRENK, J. Conceptand measurement of accessibility. **Salud Publica Mex**, v. 27, p. 438-453, 1985.

FRIED, L.P et al. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. **Journal of Gerontology**, v. 59, n. 3,p. 255-263,2004.

GERLACK, L. F. et al. Acesso e aquisição de medicamentos em instituição de longa permanência para idosos no Brasil. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 90-95, 2013.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 177-198, 1996.

GLORIOSO,V.; SUBRAMANIAN, S. V. Equity in Access toHealth Care Services in Italy. **Health Services Research**, v. 49, n. 3, 2014.

GOULDBAUM, M. et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 90-99, 2005.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 394-400, 2014.

GONDIN, A. S. et al. Prevalence of functional cognitive impairment and associated factors in Brazilian community-dwelling older adults. **Dement Neuropsychol**, v. 11, n. 1, p.32-39, mar 2017.

GRAEF, B. Envelhecimento, velhice e saúde: transformando o invisível em visível. **Rev Dir Sanit**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 77-82, mar/jun 2014.

GRDEN, C. R. B. et al. Associação entre fragilidade física e escore cognitivo em idosos. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p. 391-7, mai-jun 2015.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-825, set-dez 2003.

HARGREAVES, D. S. et al. Comparison of Health Care Experience and Access Between Young and Older Adults in 11 High-Income Countries. **Journal of Adolescent Health**, v.57, n.4 , p.1-8, 2015.

HENRIQUES, R. **Desigualdade racial no Brasil**: Evolução das condições de vida na década de 90. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

HOLZ, A.W. et al. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v.16,n.4, p. 880-8, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pirâmide Etária. Juiz de Fora-MG, 2010a**. Disponível em:  
<[https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=313670](https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=313670)>.  
Acesso em: 13 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. **Pirâmide Etária. Brasil , 2010b**. Disponível em:  
<[https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php](https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php)> Acesso em: 13 de março de 2017

\_\_\_\_\_. Sistema IBGE de Recuperação Eletrônica. Censo Demográfico: Tabela 3175..**População residente por sexo, raça e grupos de idade** – Amostra- Características gerais da população (notas), 2010d. Disponível em:  
<<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3175#resultado>>. Acesso em: 18 de março de 2018.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010**. Característica da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Indicadores sociais municipais**.Uma análise do universo dos resultados do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010.** Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** : síntese de indicadores 2014. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro : IBGE, 2015a.

\_\_\_\_\_. **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, 2015b.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores sociais.** Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2018.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios Contínua.** Características Gerais dos domicílios e dos moradores 2017. Rio de Janeiro, IBGE, 2017a.

\_\_\_\_\_. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2016** . Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2017b. Disponível em: <[http://ftp.ibge.gov.br/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade\\_de\\_2016/tabua\\_de\\_mortalidade\\_2016\\_analise.pdf](http://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_de_2016/tabua_de_mortalidade_2016_analise.pdf)>. Acesso em : 20 de fevereiro de 2018.

\_\_\_\_\_. População. Projeção da População. Brasil: **Pirâmide etária absoluta.** Rio de Janeiro, IBGE, 2017c. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/piramide/piramide.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm)>. Acesso em: 13 de setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Cidades. Juiz de Fora. Panorama. **População.** Rio de Janeiro, IBGE, 2017d. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>. Acesso em: 20 abril de 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Programa Nacional de **Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer.** Modelo lógico e avaliação. 2 ed., 2003.

JACOBS, B.; GROOT, R.; ANTUNES, A. F. Financial access to health care for older people in Cambodia: 10-year trends (2004-14) and determinants of catastrophic health expenses. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 94, p.1-9, 2016.

JESUS, W. L. A; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, v. 1, p. 161-170, 2010.

JIANG, Y. et al. Access to Healthcare and Medical Expenditure for the Middle-Aged and Elderly: Observations from China. **Plos One**, v. 8, n. 5, mai 2013.

JUNIOR, E.P.P et al. Prevalência e fatores associados ao fenótipo da fragilidade em idosos brasileiros: uma revisão de literatura. **Revista Kairós Gerontologia**, v.18,n. 3, p. 353-366, 2015.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

KAMAKURA, W.; MAZON, J. F. Critérios de estratificação e comparação de classificadores socioeconômicos no Brasil. **RAE**, v. 56, n. 1, p. 55-70, jan-fev 2016.

KANO, M. Y.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 4, p. 648-55, 2014.

KATREIN, F. et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1416-1426, jul 2015.

KROENKE, K, et al. An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ–4. **Psychosomatics**, v. 50, n. 6, p. 613-621, nov-dez 2009.

LACKS, J. et al. O Mini Exame do Estado Mental em idosos de uma comunidade: Dados parciais de Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 61, n. 3-B, p. 782-785, 2003.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v. 9, p. 179–85, 1969.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n.2, p.127-41, 2005.

LEITE, B. F. T.; SALVADOR, D. H. Y; ARAÚJO, C. L. O. Avaliação cognitiva dos idosos **Institucionalizados**. **Revista Kairós**, v. 12, n.1, p. 247-256, jan 2009.

LEITE, R. A. F. et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface -Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 661-671, 2014.

LIMA-COSTA, M. F et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 745-747, mai-jun 2003.

LIMA-COSTA, M. F. Influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, out-dez, 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí . **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p.827-834, 2004.

LIMA-COSTA, M. F. O envelhecimento populacional e suas repercussões para a saúde pública. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 65-83, 2009.

LINCK, C. L.; CROSSETTI, M. G. O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 385-93, jun 2011.

LIU, L. F.; TIAN, W. H.; YAO, H.P. Utilization of care health services by elderly people with National Health Insurance in Taiwan: the heterogeneous health profile approach. **Health Policy**, v. 108, p. 246-255, 2012.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

LOUVISON, M. C. P. **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo**. 2006. 104f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

LOUVISON, M. C. P et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p.733-40, 2008.

LOVETT, A. et al. Car travel time and accessibility by bus to general practitioner services: a study using patient registers and GIS. **Social Science & Medicine**, v. 55, p. 97-111, 2002.

LOWE, B. et al. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. **Journal of Affective Disorders**, v. 122, p. 86–95, 2010.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas-análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e sociedade**, v. 18, n. 2, 2009.

MACHADO, M. B. et al. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **J Bras Psiquiatr**, v. 65, n. 1, p. 28-35, 2016.

MANTOVANI, E. P.; LUCCA, S. R.; NERI, A. L. Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3653-3668, 2015.

MANTOVANI, E. P.; LUCCA, S. R.; NERI, A. L. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 203-222, 2016.

MARTINS, J. S. et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-13, jan-dez 2016.

MARTINS, A.B et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3403-3416, 2014.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, 2015.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, 2013.

MENDES, G.S., MORAES, C.F., GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v.9, n.32, p.273-278, Jul-Set 2014.

MÉNDEZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT. Alcohol Use Disorders Identification Test**. 1999. 128f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, 1999.

MENESES-GAYA, C. **Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivo, abuso e dependência de álcool e tabaco**. 2011. 238f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

MENESES-GAYA, C. et al. Is the full version the AUDIT really necessary? Study of validity and Internal construct of it abbreviated versions. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 34, n. 8, p. 1-8, 2010.

MENEZES, V. **Desempenho cognitivo e funcionalidade em idosos residentes na comunidade: dados do estudo FIBRA**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). 2013. 127f. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2013.

MENICUCCI, T. N. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan-mar 2014.

MERCADANTE, O. A. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 235-313, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MILLMAN, M. **Access to health care in America**. Washington DC: National Academy Press, 1993.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Saúde em Casa. **Atenção à saúde do Idoso**. Belo Horizonte: SES/MG. 186p, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Prontuário de Saúde da Família**. Belo Horizonte: SES/MG. 256p, 2008.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. **Boletim PAD-MG/2011**. Perfil da População Idosa de Minas Gerais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estatística e Informações, 2011.

MOIMAZ, S. A. S et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

MUNIZ, E. C. S et al. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 20, n. 3, p.375-387, 2017.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Fam Pract Manag**, v. 7, n. 8, p. 45-50, 2000. Disponível em: <<https://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>>. Acesso em: 27 de março de 2018.

NAÇÕES UNIDAS. **World Population Prospects, The 2000 Revision**. 2001.

NASCIMENTO, J. S.; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados a queda em idosos. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, 2016.

NERI, A.L et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p.778-792, 2013.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde-SUS. In: GIOVANELLA, L. et al (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 183-206, 2012.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 410–8, 2005.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do sistema único de saúde. In.: CAMARANO, A. A. (Org). **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

NUNES, B.F et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Rev Saúde Pública**,v.51,n. 43,p.1-10, 2017.

OLIVEIRA, O. X. V.; TRAVASSOS, C.,CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, p. 298-309, 2004.

OLIVEIRA,W. N. N. O et al. O Olhar da População Idosa sobre o Acesso a uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre – RS. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v. 51, n. 3, p. 17-22, set-dez 2010.

OLIVEIRA, L. P. B. A. Satisfação da população idosa atendida na Estratégia de Saúde da Família de Santa Cruz, Rio Grande do Norte. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 4, p. 871-879, out-dez 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **A ONU e as pessoas idosas**. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que ‘envelhecer bem deve ser prioridade global. 2014. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>>. Acesso em: 18 de setembro de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília, 2005.

PAGOTTO,V, SILVEIRA, E.A., VELASCO, W.V. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18,n.10, p. 3061-3070, 2013.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v.377, published online May 21, p. 1778-1797, 2011.

PARAHYBA, M. I; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006.

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). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2935-2944, 2011.

PAVÃO, A.L.B.; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 16, v. 3, p. 471-482, 2008.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPO, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723-734, abr 2013.

PEDROSO, R.V. et al. Cognitive, functional and physical activity impairment in elderly with Alzheimer's disease. **Dement Neuropsychol**, n.12,v.1, p.28-34, 2018.

PEGORARI, M. S.; TAVARES, D. M. S. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 874-82, set-out 2014.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, n. 19, p. 127-40, 1981.

PERNA, S. et al. Performance of Edmonton Frail Scale on frailty assessment: its association with multi-dimensional geriatric conditions assessed with specific screening tools. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 2, 2017.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 213-20, 2013.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, 1999.

PINHO, T. A. M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm**, v. 46, n. 2, p. 320-720, 2012.

PIOLA, S. F et al. **Saúde no Brasil**: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). CEPAL, 2009.

PONCE, B. E. Análisis de la accesibilidad geográfica en la atención primaria de la salud: estudio aplicado en los centros regionales de referencias del Gran Resistencia (Chaco, Argentina). **Revista de La Salud Publica**, v. XIX, n. 3, p. 32,44, 2015.

RAHMAN, M. M.; DAVIS, D. N. Addressing the Class Imbalance Problem in Medical Datasets. **International Journal of Machine Learning and Computing**, v. 3, n. 2, April, 2013

RAISTRICK, D; HEATHER, N; GODFREY, C. **Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems**. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006.

RAMOS, D. D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde**. 2001. 127f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

RAMOS, L. R. et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 506-13, 2013.

REBOUÇAS, M. et al. Validade das perguntas sobre atividades da vida diária para rastrear dependência em idosos. **Rev Saude Publica**, v. 51:84, 2017.

REIS, A. A. et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**, v. 40, n. Especial, p. 122-135, 2016.

REIS, M. L. **Grupos Educativos em Saúde nas Unidades de Saúde da Família do Município de Juiz de Fora-MG**. 130f. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Juiz de Fora, 2009.

RIBEIRO, C. A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários. **Acta Med Port**, v. 24, n. 2, p. 355-368, 2011.

ROCHA, R. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Scipione, 2005.

RODRIGUES, M. A. P et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 604-12, 2009.

ROLFSON, D. B. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age Ageing**, v. 35, n. 5, p. 526-529, 2006.

ROSA, C. B. et al. Malnutrition risk and hospitalization in elderly assisted in Primary Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 575-582, 2017.

ROSENSTOCK, I. M. Why People Use Health Services. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 44, n. 3, Pt. 2, p. 94-124, 1966.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533-1543, ago 2013.

SANTOS, S. L. et al. Desempenho da marcha de idosos praticantes de psicomotricidade. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 4, p. 617-22, jul-ago, 2014.

SANTOS, G. S; CUNHA, I. C. K.O. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica em saúde. **R. Enferm. Cent. O. Min.**,v. 3, n. 3, p. 820-828, set/dez 2013.

SANTOS, R. L.; JUNIOR, J. S. V. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da vida diária. **RBPS**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora, 2014.

SETH, P. et al. AUDIT, AUDIT-C, and AUDIT-3: Drinking Patterns and Screening for Harmful, Hazardous and Dependent Drinking in Katutura, Namibia. **Plos One**, v.10 , n.3 p. 1-16, mar, 2015.

SILVA, Z .P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011.

SILVA, J. R. G et al. Direito à Saúde: Revisão integrativa da Literatura sobre o acesso de idosos aos serviços de saúde. **Revista Eletrônica da Fainor**, v. 5, n. 1, jan-dez 2012.

SILVA, A. M. M. et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Rev Saude Publica**, v. 51, Supl 1:5s, 2017.

SILVEIRA, R. E. et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein.**, v. 11, n. 4, p. 514-520, 2013.

SINGER, A. E. V et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Rev Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 749-56, 2007.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009.

SOUZA, R. R. **O Sistema Público de Saúde brasileiro**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2002.

FIGUEIREDO, M.F.S et al. **Grupos educativos para idosos na Estratégia Saúde da Família: uma nova perspectiva.** Revista Norte Mineira de Enfermagem, v. 3, n. 2, p. 162-169, 2014.

STANHOPE, J. Patient Health Questionnaire-4. Occup Med (Lond), v. 66, n.9, p. 760-761, 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/occmed/article-abstract/66/9/760/2720669/Patient-Health-Questionnaire-4?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso em: 04 de abril de 2017.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: STARFIELD, B. (Org). **Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, p. 207-45, 2002.

STATISTICS CANADA. Contact with medical doctors, by age group and sex, household population aged 12 and over, Canada, provinces, territories, health regions (June 2005 boundaries) and peer groups. 2005. Disponível em: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310066401> Acesso em: 19 de julho de 2018.

SYNGAPORE. Ministry of Health. **Hospital Admission.** Rates by age and sex 2016. 2016. Disponível em: <[https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/statistics/healthcare\\_institutionstatistics/hospital\\_admissionratesbyageandsex/Hospital\\_Admission\\_Rates\\_by\\_Age\\_and\\_Sex\\_2016P.html#contentPar\\_hivstatisticscontent](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/healthcare_institutionstatistics/hospital_admissionratesbyageandsex/Hospital_Admission_Rates_by_Age_and_Sex_2016P.html#contentPar_hivstatisticscontent)>. Acesso em: 03 de abril de 2018.

TAVARES, D. M. S.; GUIDETTI, G. E. C. B.; SAÚDE, M. I. B. M. Características sociodemográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 299-309, 2008.

TAVARES, D.M.S et al. Aspectos sociodemográficos e desempenho cognitivo de idosos residentes na zona rural. **Av Enferm**, n. 35, v.3, p. 275-283, 2017.

TEIXEIRAS, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. F.(Org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989, p.39. Disponível em: <<http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=bibliotrs&pagfis=504>>. Acesso em: 08 de março de 2017.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.1168-1173, 2008.

TIGRE et al. La Practica epidemiológica em los sistemas de sservicios de salud. **Educ. Méd. Salud**, Washington, v. 24, n. 3, p. 306-320, 1990.

TORRES, T. L. et al. Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3621-3630, 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, Sup 2, p. 190-196, 2004.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 183-206, 2012.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

TRIZE, D. M. et al. Factors associated with functional capacity of elderly registered in the Family Health Strategy. **Fisioter Pesq**, v. 21, n. 4, p. 378-383, 2014.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, n. 24, v. 6, p. 445-52, 1990.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos Serviços de Saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública.. **Rev Saúde Pública**, n. 21, v. 5, p. 439-46, 1987.

UNITED STATES OF AMERICA. Department of Veterans Affairs. **The Alcohol Use Disorders Identification Test**. Scoring Cards, 2008. Disponível em: <<https://www.hepatitis.va.gov/provider/tools/audit-c.asp>>. Acesso em: 10 de setembro de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde. **Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora-MG**: relatório técnico. Juiz de Fora, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Centro de Pesquisas Sociais. **Diagnóstico socioeconômico da população idosa de Juiz de Fora**. Juiz de Fora, 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

WALLACE, S. P.; GUTIÉRREZ, V. F. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. **Rev. Panam Salud Pública**, v. 17, n. 5/6, p. 394-409, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on Ageing And Health**. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **AUDIT**. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Population Prospect: The 2010 revision**. Volume 1:Comprehensive tables. New York, 2011. Acesso em: 11 de junho de 2018. Disponível em: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2010/WPP2010\\_Volume-I\\_Comprehensive-Tables.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2010/WPP2010_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf)

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. M.; PERPETUO, I. H. O. A estrutura etária da população brasileira no curto e médio prazos – evidências sobre o panorama demográfico com referência às políticas sociais, particularmente as de saúde. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **Demografia e saúde**: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p.37-64, 2009.

ZUCCH, P.; NERO, C. D.; MALIK, A. N. Gastos em saúde: os fatores que agem na oferta e na demanda dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 9, n. 1/2, p. 127-150, 2000.

## ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL





**EM SAÚDE – NATES, da UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/UFJF** e a outra será fornecida ao (a) senhor(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“INQUÉRITO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DE JUIZ DE FORA”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014 .

Nome	Assinatura participante	Data
<i>Danielle Teles da Cruz</i>	<i>Danielle Teles da Cruz</i>	
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF**

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

**Pesquisador Responsável: Danielle Teles da Cruz**

Endereço: Campus Universitário da UFJF – Bairro Martelos

CEP: 36036-330 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2102-3830

E-mail: danielle.teles@ufjf.edu.br

ANEXO B – Instrumento para Coleta de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
NATES – Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde



### INQUÉRITO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DE JUIZ DE FORA

Eu vou ler as perguntas e o (a) Sr(a) deverá escolher a resposta que mais se aplica a sua situação. Se o (a) sr (a) não entender qualquer pergunta, por favor me interrompa e eu explicarei.

Não há respostas certas ou erradas; somente queremos conhecer melhor as condições de saúde dos idosos da Zona Norte de Juiz de Fora. Algumas questões podem parecer simples ou fáceis demais, mas são todas importantes. Este questionário levará mais ou menos 45 minutos, em alguns casos, o tempo para aplicação poderá ser menor. O (A) Sr. (a) tem alguma dúvida?

**Muito obrigado(a) por sua colaboração.**

<b>NOME DO(A) IDOSO(A):</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	
<b>BAIRRO:</b>	<b>Nº SETOR:</b>
<b>TELEFONES DE CONTATO (ou Outra Referência):</b>	
<b>DATA:</b>	<b>HORÁRIO (Início da Entrevista):</b>
<b>PESQUISADOR DE CAMPO:</b>	
<b>IDOSO PARTICIPOU DO INQUÉRITO ANTERIOR: ( 1 ) Sim ( 2 ) Não</b>	
<b>QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) MORA NESSE ENDEREÇO:</b>	

#### SEÇÃO A: IDENTIFICAÇÃO INICIAL E AVALIAÇÃO COGNITIVA NÓS VAMOS COMEÇAR COM ALGUMAS PERGUNTAS PARA CONHECER O(A) SR(A)

**A.1) QUAL A IDADE DO(A) SR(A)?** \_\_\_\_\_anos completos. MÊS E ANO DE NASCIMENTO\_\_\_/\_\_\_

**A.2) SEXO:**

( 1 ) - Feminino ( 2 ) – Masculino

**A.3) MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

**ENTREVISTADOR:** Marcar um “x” na coluna do “0” se a questão for incorreta e na coluna do “1” se a questão for correta. *Comece formulando as duas questões seguintes: “Eu posso fazer algumas perguntas a respeito de sua memória?” “O(a) Sr(a) tem algum problema com sua memória?”*

QUESTÕES		PONTUAÇÃO	
		Incorreta “0”	Correta “1”
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	Qual o dia da semana?		
	Qual o dia do mês?		
	Em que mês nós estamos?		
	Em que ano nós estamos?		
	Sem olhar no relógio, o(a) Sr(a) sabe me dizer qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora).		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Que Estado é esse?		
	Que cidade é essa?		
	Que bairro ou rua próxima nós estamos?		
	Que local é este aqui? (num sentido mais amplo, ex: própria casa, instituição, hospital)		
	Que local é esse? (local específico, ex: sala, quarto, consultório)		
MEMÓRIA IMEDIATA	Copo		
<p>“Preste atenção. Eu vou dizer 3 palavras e o(a) Sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. As palavras são: COPO (pausa), MALA (pausa) e CARRO (pausa). Agora repita as palavras pra mim.”</p> <p><b>Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.</b></p>	Mala		
	Carro		
	CÁLCULO	O(A) Sr(a) sabe fazer contas?	( ) Sim ( ) Não (só soletrar)
ATENÇÃO E CÁLCULO	93		
	86		
	79		
	72		
	65		
	<p><b>Dê um ponto para cada acerto. Se não atingir o escore máximo, peça:</b></p> <p>“Vou soletrar a palavra MUNDO. Agora a solete para mim. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, solete a palavra MUNDO de trás para frente”.</p> <p><u>          </u> O D N U M <b>Dê um ponto para cada letra na posição correta</b></p>		

QUESTÕES		PONTUAÇÃO	
		Incorreta "0"	Correta "1"
<p>MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO</p> <p>Peça: "Quais foram as 3 palavras que eu pedi para que o(a) Sr(a) memorizasse?"</p> <p><b>Dê um ponto para cada acerto.</b></p>	Copo		
	Mala		
	Carro		
<p>LINGUAGEM</p> <p>Aponte 1 caneta e 1 relógio. Pergunte: "O que é isto?" (caneta) "O que é isto?" (relógio)</p> <p><b>Dê um ponto para cada acerto.</b></p>	Caneta		
	Relógio		
<p>REPETIR A FRASE</p> <p>Agora eu vou pedir para o(a) Sr(a) repetir o que vou dizer. Certo? Repita: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"</p>			
<p>COMANDO DE ESTÁGIOS</p> <p>"Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o(a) Sr(a) fazer uma tarefa (pausa). Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez e depois o(a) Sr(a) irá fazer."</p> <p>"Pegue este papel com a mão direita (pausa), com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez (pausa) e em seguida coloque-o no chão."</p>	Pegar com a mão direita		
	Dobrar no meio		
	Colocar no chão		
<p>ESCREVER UMA FRASE COMPLETA</p> <p>"Por favor, escreva uma frase simples." (Alguma frase que tenha começo, meio e fim).</p>			
<p>LER E EXECUTAR</p> <p>"Por favor, leia isto em voz alta e faça o que está escrito no papel". (Mostre ao idoso a folha: FECHÉ OS OLHOS)</p>			
<p>COPIAR DIAGRAMA</p> <p>Peça: "Por favor, copie esse desenho".</p>			
<p><b>ESCORE TOTAL</b> Para obter o escore total some o total de pontos.</p>			

**A.4) QUANTOS ANOS COMPLETOS O(A) SR(A) ESTUDOU?** \_\_\_\_\_anos completos.

Pontuação mínima esperada para o MEEM:

- Idoso com 4 anos ou mais de escolaridade: 25 pontos
- Idoso com menos de 4 anos de escolaridade: 18 pontos
- Pontuações inferiores são sugestivas de comprometimento cognitivo.

Escore total do MEEM	Anos completos de escolaridade	Sugestivo de comprometimento cognitivo
	<b>Se <math>\geq 4</math>, limite 25 pontos</b>	( ) NÃO
	<b>Se <math>&lt; 4</math>, limite 18 pontos</b>	( ) SIM

**ENTREVISTADOR: Após a aplicação do MEEM, marcar a alternativa que melhor se enquadra diante da situação do idoso que avaliaremos.**

**A.5) SITUAÇÃO IDENTIFICADA APÓS A APLICAÇÃO DO MEEM:**

( 1 ) Comprometimento cognitivo <b>AUSENTE</b>	( 2 ) Comprometimento cognitivo <b>PRESENTE</b>	( 3 ) Situação que <b>NÃO</b> foi possível a <b>Aplicação do MEEM</b> . Especificar
--	---	---



- a) Pedir ao cuidador/familiar para responder ao questionário;  
 b) No caso em que o cuidador não estiver presente no momento, verificar a possibilidade de outro horário que ele possa estar presente.  
 c) Na impossibilidade de agendamento de outro horário ou no caso de ausência de cuidador, o idoso deverá ser excluído do estudo.

**A.6) CONDIÇÃO DE RESPONDENTE DO QUESTIONÁRIO:**

- ( 1 ) - Próprio Idoso      ( 2 ) - Outro Respondente      ( 3 ) - Não há outro respondente, EXCLUÍDO.



**Nesse caso não responder:**

- Seção B: Questões B6, B7, B8, B9, B10 e B11.
- Seção D: Questões D1, D2, D4 e D8
- Seção G: Questões de G5 a G12
- Seção H
- Seção I

**Marque essas questões com a caneta grife texto em amarelo, para facilitar a visualização dessas questões que não devem ser investigadas.**

## **SEÇÃO B: PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO**

**AGORA NÓS VAMOS FALAR DE QUESTÕES DE SUA VIDA SOCIAL E ECONÔMICA.**

**B.1) QUAL A SUA RAÇA/COR DA PELE?**

- ( 1 ) - Branca
- ( 2 ) - Preta

- ( 3 ) - Amarela
- ( 4 ) - Parda
- ( 5 ) - Indígena
- (99) - Não soube declarar

**B.2) QUAL É A SUA SITUAÇÃO**

- CONJUGAL? ( 1 ) - Solteiro
- ( 2 ) - Casado/União Estável
  - ( 3 ) - Viúvo
  - ( 4 ) - Separado/Divorciado
  - ( 5 ) - Outros

**B.3) O(A) SR(A) MORA SOZINHO OU COM MAIS ALGUÉM?** ( 1 ) - Reside só ( 2 ) - Reside acompanhado

**B.4) NÍVEL SOCIOECONÔMICO (CRITÉRIOS DA ABEP):**

**POSSE DE ITENS**

**ENTREVISTADOR: Deve ser questionada a posse e quantidade para cada item expresso na primeira coluna. De acordo com o item, haverá uma pontuação correspondente.**

IREMOS QUESTIONAR AGORA SE O(A) SR(A) POSSUI ALGUNS ITENS EM CASA E A QUANTIDADE QUE POSSUI DESSES ITENS. O(A) SR(A) POSSUI TELEVISÃO EM CORES? QUANTAS? (CONTINUE COM O MESMO PADRÃO PARA TODOS OS ITENS).

Descrição dos itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

**GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA**

**ENTREVISTADOR: Deverá ser assinalado com um "x" na última coluna a alternativa que responder a essa questão. Há uma correspondência entre as duas primeiras colunas com relação ao tempo de escolaridade do chefe da família.**

QUEM É O CHEFE DA FAMÍLIA? QUAL O GRAU DE INSTRUÇÃO/ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA?

Nomenclatura antiga	Nomenclatura atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	<b>0</b>
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	<b>1</b>
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	<b>2</b>
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	<b>4</b>
Superior Completo	Superior Completo	<b>8</b>

### CORTES DO CRITÉRIO DO BRASIL

Assinale com um "x" a classe correspondente a soma dos pontos.

Classe	Pontos
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

#### B.5) QUAL É A SUA

RELIGIÃO? ( 1 ) -

Nenhuma

( 2 ) - Católica

( 3 ) - Protestante ou Evangélica

( 4 ) - Espírita

( 5 ) - Judaica

( 6 ) - Outra (especifique) \_\_\_\_\_

#### B.6) QUAL A IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO NA SUA

VIDA? ( 1 ) - Importante

( 2 ) - Mais ou menos importante

( 3 ) - Nada importante

#### B.7) COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ VAI A UMA IGREJA, TEMPLO OU OUTRO ENCONTRO RELIGIOSO?

( 1 ) - Mais do que uma vez por semana

( 2 ) - Uma vez por semana

( 3 ) - Duas a três vezes por mês

( 4 ) - Algumas vezes por ano

( 5 ) - Uma vez por ano ou menos

( 6 ) - Nunca

#### B.8) COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ DEDICA O SEU TEMPO A ATIVIDADES RELIGIOSAS INDIVIDUAIS, COMO PRECES, REZAS, MEDITAÇÕES, LEITURA DA BÍBLIA OU DE OUTROS TEXTOS RELIGIOSOS?

( 1 ) - Mais do que uma vez ao dia

( 2 ) - Diariamente

( 3 ) - Duas ou mais vezes por semana

( 4 ) - Uma vez por semana

( 5 ) - Poucas vezes por mês

( 6 ) - Raramente ou nunca

**As 3 questões seguintes contêm três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, responda o quanto cada frase se aplica a você.**

- B.9)** EM MINHA VIDA, EU SINTO A PRESENÇA DE DEUS (OU DO ESPÍRITO SANTO). ( 1 ) - Totalmente verdade para mim  
 ( 2 ) - Em geral é verdade  
 ( 3 ) - Não estou certo  
 ( 4 ) - Em geral não é verdade  
 ( 5 ) - Não é verdade

- B.10)** AS MINHAS CRENÇAS RELIGIOSAS ESTÃO REALMENTE POR TRÁS DE TODA A MINHA MANEIRA DE VIVER.  
 ( 1 ) - Totalmente verdade para mim  
 ( 2 ) - Em geral é verdade  
 ( 3 ) - Não estou certo  
 ( 4 ) - Em geral não é verdade  
 ( 5 ) - Não é verdade

- B.11)** EU ME ESFORÇO MUITO PARA VIVER A MINHA RELIGIÃO EM TODOS OS ASPECTOS DA VIDA.  
 ( 1 ) - Totalmente verdade para mim  
 ( 2 ) - Em geral é verdade  
 ( 3 ) - Não estou certo  
 ( 4 ) - Em geral não é verdade  
 ( 5 ) - Não é verdade

**B.12)** O(A) SR(A) POSSUI CUIDADOR?

- ( 1 ) - Não  
 ( 2 ) - Sim, familiar. Especifique: \_\_\_\_\_  
 ( 3 ) - Sim, amigo  
 ( 4 ) - Sim, contratado  
 ( 5 ) - Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**B.13)** O SEXO DO CUIDADOR?

- ( 1 ) - Feminino ( 2 ) – Masculino

### SEÇÃO C: ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON

FALAREMOS AGORA DE QUESTÕES REFERENTES À SUA SAÚDE DE UMA FORMA GERAL

Respondente: ( ) Idoso ( ) Cuidador/Familiar

**INSTRUÇÕES:** Para cada item, por favor, marque apenas uma opção na coluna A, B ou C.

Se houver dúvidas quanto à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o **Teste do Desenho do Relógio (TDR)**. Caso o paciente apresente déficit cognitivo (**reprovado com erros significantes**) neste teste, solicite ao **cuidador** para responder o restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE

**OBSERVAÇÃO: O TDR deverá ser aplicado no idoso independente do resultado do MEEM.**

#### Método de pontuação TDR da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE)

O TDR da EFE foi pontuado da seguinte maneira

- A. Aprovado:** Todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há edições ou duplicidades.  
**B. Reprovado com erros mínimos:** Todos os ponteiros e números estão presentes. Os ponteiros estão corretamente posicionados. No entanto, os ponteiros tem o mesmo comprimento e/ou pequenos

erros de espaçamento. Um "erro de espaçamento" existe se após sobrepor a transparência alvo e fazer a rotação para melhor pontuação, ocorre qualquer um dos itens abaixo:

- a. Algum número está posicionado na porção interior do círculo.
- b. Há mais ou menos de três números em qualquer um dos quadrantes.

**C. Reprovado com erros significantes**

- a. Colocação dos ponteiros de horas e minutos fora do curso.
- b. Uso inapropriado dos ponteiros do relógio, de forma que o paciente tenta usar um display digital ou circula os números ao invés de usar ponteiros.
- c. Os números estão amontoados em um extremo do relógio (ex: qualquer quadrante contém menos de dois números) ou os números estão em ordem contrária.
- d. Ocorrem outras distorções quanto à sequência ou mesmo uma possível distorção da integridade da face do relógio (disposição dos números e ponteiros).

**Uma reprova com erros significantes sugere déficit cognitivo**

<b>C.1 Cognição</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO (TDR):</b>  Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar "onze horas e dez minutos".	Aprovado <input type="checkbox"/>	Reprovado com erros mínimos <input type="checkbox"/>	Reprovado com erros significantes <input type="checkbox"/>
<b>C.2 Estado Geral de Saúde</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
a) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado (a)?	0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	>2 <input type="checkbox"/>
b) De modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha uma alternativa)	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa	Razoável <input type="checkbox"/>	Ruim <input type="checkbox"/>
<b>C.3 Independência Funcional</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Em quantas das seguintes atividades você <b>precisa</b> de ajuda?  ( ) Preparar Refeição (cozinhar) ( ) Transporte (locomoção de um lugar para outro) ( ) Cuidar da Casa (limpar/arrumar casa) ( ) Fazer Compras ( ) Usar o Telefone ( ) Lavar a Roupa ( ) Cuidar do dinheiro ( ) Tomar Remédios	0-1 <input type="checkbox"/>	2-4 <input type="checkbox"/>	5-8 <input type="checkbox"/>
<b>C.4 Suporte Social</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Quando você precisa de ajuda, você pode contar com alguém que atenda suas necessidades?	Sempre <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>

<b>C.5 Uso de Medicamentos</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	
a) Normalmente, você usa cinco ou mais remédios diferentes e receitados pelo médico?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
b) Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
<b>C.6 Nutrição</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	
Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	

<b>C.7 Humor</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	
Você se sente triste ou deprimido (a) com frequência?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
<b>C.8 Continência</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	
Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (segurar urina?)	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	

<b>C.9 Desempenho Funcional</b>			
<b>FAVOR OBSERVAR:</b>			
<i>PONTUE este item do teste como &gt;20 segundos se:</i>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste</li> <li>2. Para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.</li> </ol>			
<b>TESTE "LEVANTE E ANDE" CRONOMETRADO:</b> "Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser 'VÁ', por favor, fique em pé e ande até a marca no chão (aproximadamente 3 m de distância), volte para a cadeira e sente-se novamente". <b>(Se for omitir este item, marque a coluna C)</b>			
TEMPO TOTAL: _____ segundos	<b>A</b> 0-10 seg <input type="checkbox"/>	<b>B</b> 11-20 seg <input type="checkbox"/>	<b>C</b> >20 seg <input type="checkbox"/>

<b>INSTRUÇÕES PARA A PONTUAÇÃO:</b> Itens marcados na <b>Coluna A</b> valem zero. Conte <b>1 ponto</b> para cada item marcado na <b>Coluna B</b> . Conte <b>2 pontos</b> para cada item marcado <b>na coluna C</b> .		
Coluna B ___x1 pt = _____ (B)	Coluna C ___x2 pt = _____ (C)	<b>(C.10) TOTAL DE PONTOS:</b> _____/17 (B+C)

**C.11) CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE FRAGILIDADE:**

- ( 1 ) - 0 a 4 pontos, não apresenta fragilidade
- ( 2 ) - 5 e 6 pontos, aparentemente vulnerável
- ( 3 ) - 7 e 8 pontos, fragilidade leve
- ( 4 ) - 9 e 10 pontos, fragilidade moderada
- ( 5 ) - 11 pontos ou mais, fragilidade severa

**SEÇÃO D: PERFIL DE SAÚDE****EU GOSTARIA DE SABER UM POUCO MAIS SOBRE A SUA SAÚDE E SOBRE A UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE****D.1) O(A) SR(A) CLASSIFICARIA SEU ESTADO DE SAÚDE, COMO:**

- ( 1 ) - Excelente
- ( 2 ) - Muito bom
- ( 3 ) - Bom
- ( 4 ) - Regular
- ( 5 ) - Ruim

**D.2) O(A) SR(A) CLASSIFICARIA SUA VISÃO, COMO:**

- ( 1 ) - Excelente
- ( 2 ) - Muito boa
- ( 3 ) - Boa
- ( 4 ) - Regular
- ( 5 ) - Ruim

**D.3) O(A) SR(A) USA ÓCULOS OU LENTE DE CONTATO?**

- ( 1 ) - Sim ( 2 ) - Não

**D.4) O(A) SR(A) CLASSIFICARIA SUA AUDIÇÃO, COMO:**

- ( 1 ) - Excelente
- ( 2 ) - Muito boa
- ( 3 ) - Boa
- ( 4 ) - Regular
- ( 5 ) - Ruim

**D.5) O(A) SR(A) USA ALGUM APARELHO DE AUDIÇÃO?**

- ( 1 ) - Sim ( 2 ) - Não

**D.6) TEM ALGUMA DIFICULDADE PARA ANDAR?**

- ( 1 ) - Sim ( 2 ) - Não

**D.7) O(A) SR(A) PRECISA DE AJUDA PARA ANDAR?**

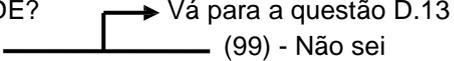
- ( 1 ) - Não
- ( 2 ) - Auxílio de ajuda humana
- ( 3 ) - Bengalas ou muletas
- ( 4 ) - Andador
- ( 5 ) - Cadeira de rodas
- ( 6 ) - Mais de uma opção

**D.8) DURANTE AS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA, O(A) SR(A) FOI INCOMODADO/A PELOS PROBLEMAS ABAIXO?**

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a.	0	1	2	3
Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações.	0	1	2	3
Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas.	0	1	2	3
Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva.	0	1	2	3

**D.9) O(A) SR(A) USA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, O SUS? USA PARA QUE? Anote todas as respostas mencionadas.**

- ( 1 ) - Não usa o SUS
- ( 2 ) - Vacinação
- ( 3 ) - Consultas
- ( 4 ) - Exames
- ( 5 ) - Internações
- ( 6 ) - Participação em grupos educativos da UBS/Posto de Saúde

**D.10) O(A) SR(A) POSSUI PLANO DE SAÚDE?**  Vá para a questão D.13

- ( 1 ) – Sim                      ( 2 ) – Não                      ( 99 ) - Não sei

**D.11) QUE TIPO DE SEGURO DE SAÚDE O(A) SR(A) TEM? Anote todas as respostas mencionadas**

- ( 1 ) - Plano de Assistência ao Servidor Público
- ( 2 ) - Plano de Saúde/Convênio Particular
- ( 3 ) - Plano de Saúde/Convênio Empresa
- ( 4 ) - Outro
- (99) - Não sei/Não me lembro

**D.12) QUEM PAGA PELO PLANO DE SAÚDE?**

- ( 1 ) - O próprio idoso
- ( 2 ) - Filho(s)
- ( 3 ) - Cônjuge
- ( 4 ) - Outro familiar, especifique: \_\_\_\_\_
- ( 5 ) - Outro não familiar, especifique: \_\_\_\_\_
- ( 6 ) - Empresa
- (99) - Não sei/Não me lembro

**D. 13) QUANDO O(A) SR(A) ESTÁ DOENTE OU PRECISA DE ATENDIMENTO MÉDICO, ONDE OU A QUEM O(A) SR(A) NORMALMENTE PROCURA?**

- ( 1 ) - Ninguém ou o entrevistado não procura o médico há muito tempo.
- ( 2 ) - Posto de Saúde/Unidade de Saúde da Família (ESF)/ Unidade Básica de Saúde (UBS)
- ( 3 ) - Centro de especialidades público/conveniado SUS
- ( 4 ) - Ambulatório de hospital público/conveniado SUS.
- ( 5 ) - Serviço médico credenciado pelo seu plano de saúde
- ( 6 ) - Médicos/ Clínica particulares
- ( 7 ) - Outros (especifique) \_\_\_\_\_
- (99) - Não sei/Não me lembro

**D.14) O(A) SR(A) NÃO PROCURA UM MÉDICO HÁ MUITO TEMPO PORQUE NÃO PRECISOU OU PORQUE TEM DIFICULDADE PARA IR AO MÉDICO? QUE DIFICULDADE?**

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
( 1 ) - Porque não precisou	1	2	88	99
( 2 ) - Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	88	99
( 3 ) - Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	88	99
( 4 ) - Dificuldade financeira para pagar	1	2	88	99
( 5 ) - Porque não tem ninguém para levar	1	2	88	99
( 6 ) - Porque tem medo de ir ao médico	1	2	88	99
( 7 ) - Por outra razão(especifique) _	_1	2	88	99

**Observação: O idoso que responder esta questão (D.14), seguir para a questão (D.18).**

**D.15) O(A) SR(A) ESTÁ SATISFEITO COM OS SERVIÇOS MÉDICO QUE UTILIZA NORMALMENTE?**

- ( 1 ) - Sim
- ( 2 ) - Não
- ( 3 ) - Não utiliza serviços médicos ou não precisa consultar médico há muito tempo
- (99) - Não sei/Não me lembro

**D.16) NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, O(A) SR(A):**

	SIM	NÃO	NS/NR
( 1 ) Consultou o medico no consultório ou em casa	1	2	99
( 2 ) - Fez exams clínicos	1	2	99
( 3 ) - Fez tratamento fisioterápico	1	2	99
( 4 ) - Teve de ser socorrido(a) na Emergência	1	2	99
( 5 ) - Porque não tem ninguém para levar	1	2	99
( 6 ) - Foi ao hospital/clínica para receber medicação	1	2	99
( 7 ) - Esteve internado em hospital ou clínica _	1	2	99
( 8 ) - Foi ao dentista	1	2	99

**D.17) DOS SERVIÇOS ACIMA, QUAL(IS) O(A) SR(A) UTILIZOU MAIS DE UMA VEZ?**

**ENTREVISTADOR: Repita para o entrevistado apenas os itens citados na pergunta acima como utilizados. Para os não utilizados marque não se aplica (NA).**

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
( 1 ) - Consultou o médico no consultório ou em casa	1	2	88	99
( 2 ) - Fez exames clínicos	1	2	88	99
( 3 ) - Fez tratamento fisioterápico	1	2	88	99
( 4 ) - Teve de ser socorrido(a) na Emergência	1	2	88	99
( 5 ) - Foi ao hospital / clínica para receber medicação	1	2	88	99
( 6 ) - Esteve internado em hospital ou clínica	1	2	88	99
( 7 ) - Foi ao dentista	1	2	88	99

**D.18) O(A) SR(A) TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?**

( 1 ) - Sim

( 2 ) - Não

Caso positivo, qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D.19) ALGUM MÉDICO JÁ DISSE QUE O(A) SR(A) TEM PRESSÃO ALTA?**

( 1 ) - Sim

( 2 ) - Não

**D.20) ONDE O(A) SR(A) CONSEGUE A MEDICAÇÃO PARA CONTROLAR A PRESSÃO ALTA?**

**Anote todas as respostas mencionadas.**

( 1 ) - Unidade de saúde do SUS

( 2 ) - Farmácia popular

( 3 ) - Farmácia comercial

( 4 ) - Outro lugar Qual? \_\_\_\_\_

( 5 ) - Não usa medicamento para controle da pressão arterial.

**SEÇÃO E: HISTÓRICO DE USO DE MEDICAMENTOS E TESTE DE MORISKY E GREEN**

**NÓS VAMOS FALAR AGORA SOBRE QUAIS E COMO O(A) SR(A) UTILIZA SEUS REMÉDIOS**

**E.1) O(A) SR(A) FAZ USO CONTÍNUO DE ALGUM**

REMÉDIO? ( 1 ) - Sim Caso positivo, quantos? \_\_\_\_\_

( 2 ) - Não → Vá para a próxima seção (Seção F)

**E.2) ENTREVISTADOR: Caso o respondente seja o cuidador, pergunte: O(A) SR(A) É RESPONSÁVEL POR DAR OS MEDICAMENTOS AO IDOSO?**

( 1 ) - Sim

( 2 ) - Não → Não responderá “HÁ QUANTO TEMPO”; “COMO USA” e o teste de MORISKY E GREEN

**E.3) O(A) SR(A), PODERIA ME MOSTRAR TODOS OS MEDICAMENTOS QUE FAZ USO CONTÍNUO?**

Com as caixas ou cartela em mãos, o entrevistador deve anotar o princípio ativo e marcar “x” na coluna CAIXA OU CARTELA, se não houver apresentação não marcar. Se genérico, marcar um “x” na coluna “GENÉRICO”. Em seguida anotar a concentração de cada medicamento, e então perguntar: “HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR(A) FAZ USO DESTES MEDICAMENTOS?”. Em seguida COMO UTILIZA ESTES MEDICAMENTOS? Ao perguntar deve-se citar o nome do medicamento e mostrar a caixa respectiva.

MEDICAMENTO	CAIXA OU CARTELA	GENÉRICO	CONCENTRAÇÃO	HÁ QUANTO TEMPO	COMO USA (QUANTAS VEZES)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					



**F.2) ONDE CAIU?**

- ( 1 ) - Em casa                      ( 2 ) - Na rua                      ( 3 ) - Em outro lugar                      (99) - NS/NL Vá
- ↓  
**Vá para questão F.4**

**F.3) EM QUE LUGAR DA CASA O(A) SR(A) CAIU?**

- ( 1 ) - No seu quarto  
 ( 2 ) - Na sala  
 ( 3 ) - Na cozinha  
 ( 4 ) - No banheiro  
 ( 5 ) - No corredor  
 ( 6 ) - Na varanda  
 ( 7 ) - Na escada  
 ( 8 ) - Em outro cômodo. Especifique: \_\_\_\_\_  
 (99) - Não sei/Não me lembro

**F.4) EM QUE PERÍODO DO DIA ACONTECEU A QUEDA?**

- ( 1 ) - Manhã  
 ( 2 ) - Tarde  
 ( 3 ) - Noite  
 ( 4 ) - Madrugada  
 ( 99 ) - Não sei/Não me lembro

**F.5) O(A) SR(A) PRECISOU DE AJUDA PARA SE LEVANTAR APÓS A QUEDA?**

- ( 1 ) – Sim ( 2 ) – Não (99) – Não sei/ Não me lembro

**F.6) O(A) SR(A) PERDEU A CONSCIÊNCIA APÓS A QUEDA?**

- ( 1 ) – Sim ( 2 ) – Não (99) – Não sei/ Não me lembro

**F.7) O(A) SR(A) ESTAVA USANDO MULETA, BENGALA OU ANDADOR NO MOMENTO DA QUEDA?**

- ( 1 ) - Sim  
 ( 2 ) - Não  
 ( 3 ) - Não se aplica  
 (99) - Não sei/Não me lembro

**F.8) EM CONSEQUÊNCIA DESSA QUEDA, NECESSITOU PROCURAR ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE?**

- ( 1 ) - Sim  
 ( 2 ) - Não  
 (99) - Não sei/Não me lembro
- Vá para seção G

**F.9) QUAL SERVIÇO O(A) SR(A) USOU?**

- ( 1 ) - Consulta ambulatorial (UBS de saúde, consultório médico).  
 ( 2 ) - Consulta ambulatorial com realização de exames (raio-x, tomografia, ressonância, ultrassom).  
 ( 3 ) - Serviço de pronto-atendimento (pronto-socorro, unidade de pronto atendimento)  
 ( 4 ) - Internação hospitalar.  
 ( 5 ) - Não sei/Não me lembro

**F.10) QUAL O TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZADO?**

- ( 1 ) - Não procurou serviço de saúde.  
 ( 2 ) - Serviço Público.  
 ( 3 ) - Serviço Privado Liberal.  
 ( 4 ) - Serviço Privado Suplementar (Planos e Convênios).  
 ( 5 ) - Serviço Filantrópico.  
 ( 6 ) - Serviço Oferecido por Instituições de Ensino Superior Particular.  
 ( 7 ) - Outros. Especifique: \_\_\_\_\_  
 (99) - Não sei/Não me lembro

**SEÇÃO G: TABAGISMO E TESTE DE FAGERSTROM****FALAREMOS AGORA SOBRE O USO DO TABACO****G.1) NO PASSADO, O(A) SR(A) FUMOU ALGUM PRODUTO DO TABACO?**

( 1 ) – Sim ( 2 ) - Não

**G.2) ATUALMENTE, O(A) SR(A) FUMA ALGUM PRODUTO DO TABACO?**

( 1 ) – Sim ( 2 ) - Não → Vá para próxima seção (Seção H)

**G.3) HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR(A) FUMA? \_\_\_\_\_ anos.****G.4) QUAIS PRODUTOS DO TABACO VOCÊ FUMA, ATUALMENTE?**

( 1 ) Cigarros Industrializados ( 2 ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO DE TOLERÂNCIA DE FAGERSTROM:**

PERGUNTAS	PONTUAÇÃO			
	0 PONTO	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS
<b>G.5) Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?</b>	Mais de 60 min ( 0 )	Entre 31 e 60 min ( 1 )	Entre 6 e 30 min ( 2 )	Menos de 6 min ( 3 )
<b>G.6) Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?</b>	Não ( 0 )	Sim ( 1 )		
<b>G.7) O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?</b>	Não ( 0 )	Sim ( 1 )		
<b>G.8) Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?</b>	Não ( 0 )	Sim ( 1 )		
<b>G.9) Você fuma mesmo quando acamado por doença?</b>	Não ( 0 )	Sim ( 1 )		
<b>G.10) Quantos cigarros você fuma por dia?</b>	Menos de 11 ( 0 )	De 11 a 20 ( 1 )	De 21 a 30 ( 2 )	Mais de 30 ( 3 )
<b>G.11) TOTAL DE PONTOS</b>				

**G.12) CLASSIFICAÇÃO QUESTIONÁRIO DE TOLERÂNCIA DE FAGERSTROM:**

- ( 1 ) - 0 a 2 Pontos → Muito Baixo  
 ( 2 ) - 3 a 4 Pontos → Baixo  
 ( 3 ) - 5 Pontos → Médio  
 ( 4 ) - 6 a 7 Pontos → Elevado  
 ( 5 ) - 8 a 10 Pontos → Muito Elevado

**SEÇÃO H: CONSUMO DE ÁLCOOL E TESTE AUDIT-C****FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL AO LONGO DOS ÚLTIMOS 12 MESES****H.1) COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR(A) CONSUME BEBIDAS ALCOÓLICAS?**

- ( 0 ) - Nunca Vá para próxima seção (Seção I)  
 ( 1 ) - Mensalmente ou menos  
 ( 2 ) - De 2 ou 4 vezes por mês  
 ( 3 ) - De 2 a 3 vezes por semana  
 ( 4 ) - De 4 ou mais vezes por semana

**H.2) QUANTAS DOSES DE ÁLCOOL O(A) SR(A) CONSOME TÍPICAMENTE AO BEBER? (UTILIZE A DOSE PADRÃO)**

- ( 0 ) - 1 ou 2
- ( 1 ) - 3 ou 4
- ( 2 ) - 5 ou 6
- ( 3 ) - 7, 8 ou 9
- ( 4 ) - 10 ou mais

**Equivalências de Dose**

**Padrão:**

**CERVEJA:** 1 copo de chope (350 ml), 1 lata = 1 "DOSE", 1 garrafa = 2 "DOSES" ou 1 Litão = 3 "DOSES";

**VINHO:** 1 copo comum (250 ml) = 2 "DOSES" ou 1 garrafa = 8 "DOSES"; **CACHAÇA,**

**VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE:** "meio copo americano" (60 ml) = 1,5 "DOSES" ou 1 garrafa = mais de 20 "DOSES"

**UÍSQUE, RUM, LICOR, etc.:** 1 "dose de dosador" (40 ml) = 1 "DOSE"

**H.3) COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR(A) CONSOME 6 OU MAIS DOSES DE UMA VEZ? (UTILIZE A DOSE PADRÃO)**

- ( 0 ) - Nunca
- ( 1 ) - Menos que 1 vez ao mês
- ( 2 ) - Mensalmente
- ( 3 ) - Semanalmente
- ( 4 ) - Todos ou quase todos os dias

**H.4) TOTAL DE PONTOS:** \_\_\_\_\_

**SEÇÃO I: ESCALA DE EFICÁCIA DE QUEDAS – INTERNACIONAL – BRASIL (FES-I-BRASIL)**

**NÓS VAMOS FALAR AGORA DE QUESTÕES RELACIONADAS ÀS ATIVIDADES DO SEU DIA A DIA**

Agora, gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como você normalmente faz a atividade. Se você atualmente não faz a atividade (por ex. alguém vai às compras para você), responda de maneira a mostrar como você se sentiria em relação a quedas se você tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, por favor, responda a que mais se aproxima de sua opinião sobre o quão preocupado você fica com a possibilidade de cair, se você fizesse esta atividade.

O quanto o(a) Sr(a) se sente preocupado(a) em cair:	Nem um pouco preocupado	Um pouco preocupado	Muito preocupado	Extremamente preocupado
<b>I.1)</b> Limpando a casa (ex. passar pano, aspirar ou tirar poeira)	1	2	3	4
<b>I.2)</b> Vestindo ou tirando a roupa	1	2	3	4
<b>I.3)</b> Preparando refeições simples	1	2	3	4
<b>I.4)</b> Tomando banho	1	2	3	4

I.5) Indo a compra	1	2	3	4
I.6) Sentando ou levantando de uma cadeira	1	2	3	4
I.7) Subindo ou descendo escadas	1	2	3	4
I.8) Caminhando pela vizinhança	1	2	3	4
I.9) Pegando algo acima da sua cabeça ou do chão	1	2	3	4
I.10) Indo atender ao telefone antes que pare de tocar	1	2	3	4
I.11) Andando sobre a superfície escorregadia (ex: chão molhado)	1	2	3	4
I.12) Visitando um amigo ou parente	1	2	3	4
I.13) Andando em lugares cheios de gente	1	2	3	4
I.14) Caminhando sobre a superfície irregular (com pedras, esburacada)	1	2	3	4
I.15) Subindo ou descendo uma ladeira	1	2	3	4
I.16) Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)	1	2	3	4
I.17) TOTAL DE PONTOS				

**SEÇÃO J: ESCALA DE LAWTON E BRODY**

**NÓS VAMOS FALAR AGORA DE QUESTÕES RELACIONADAS À SUA HABILIDADE PARA EXECUTAR ALGUMAS ATIVIDADES**

**Entrevistador: As questões J.4 e J.5 podem sofrer variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas como “cuidar do jardim” ou “subir escadas”.**

ATIVIDADES	RESPOSTA		
	Sem ajuda (3 pontos)	Com ajuda parcial (2 pontos)	Não consegue (1 ponto)
O Sr. (a) consegue:			
J.1) Usar o telefone?			
J.2) Fazer compras?			
J.3) Cuidar de suas finanças?			
J.4) Preparar suas próprias refeições?			
J.5) Arrumar a casa?			

<b>J.6)</b> Fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?			
<b>J.7)</b> Lavar, passar roupa?			
<b>J.8)</b> Tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?			
<b>J.9)</b> Sair de casa sozinho, para lugares mais distantes, usando algum transporte sem necessidade de planejamento especial?			
<b>J.11) TOTAL DE PONTOS</b>			

**J.12) CLASSIFICAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL:**

- ( 1 ) - 19 a 27 pontos, independência  
 ( 2 ) - 10 a 18 pontos, dependência parcial  
 ( 3 ) - 9 pontos para baixo, dependência importante

**SEÇÃO K: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E TESTES ESPECÍFICOS****AGORA IREMOS FAZER ALGUMAS MEDIDAS****K.1) FORÇA DE PREENSÃO PALMAR (Kgf):**

1ª medida = \_\_\_\_\_ 2ª medida = \_\_\_\_\_ 3ª medida = \_\_\_\_\_

MÉDIA DAS MEDIDAS = \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Não foi possível a realização do teste. Causas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**K.2) PESO (Kg) = \_\_\_\_\_**

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Realizar  
avaliação  
de **K.4 a**  
**K.7**

←  Não foi possível a realização do teste. Causas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**K.3) ALTURA (m) = \_\_\_\_\_**

Realizar  
somente  
**K.4**

←  Não foi possível a realização do teste. Causas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>K.4) ALTURA DO JOELHO ESQUERDO (cm):</b>	<b>K.5) CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA ESQUERDA (cm) :</b>
<b>K.6) CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO DIREITO (cm):</b>	<b>K.7) PREGA CUTÂNEA SUBESCAPULAR ESQUERDA (mm):</b>

OBSERVAÇÕES COM RELAÇÃO AOS TESTES ( DE K.4 A K.7):

---

---

---

---

**HORÁRIO DE TÉRMINO:**

\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min.

**Agradecemos sua atenção e disponibilidade em nos receber!**

## ANEXO C - Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Inquérito em Saúde da População Idosa de Juiz de Fora

**Pesquisador:** Danielle Teles da Cruz

**Área Temática:**

**Versão:**

**CAAE:** 34366714.0.0000.5147

**Instituição Proponente:** NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 771.916

**Data da Relatoria:** 26/08/2014

**Apresentação do Projeto:**

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

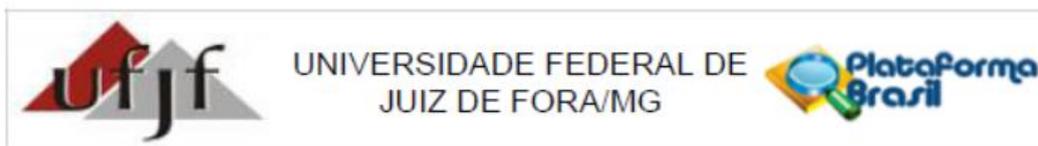
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e na Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 771.916

Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Maio de 2016.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 29 de Agosto de 2014

---

**Assinado por:**  
**Paulo Cortes Gago**  
 (Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br