

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia**



Tese de doutorado

**Acesso e utilização de serviços de saúde entre idosos brasileiros:**  
inquérito epidemiológico nacional

**Ana Paula Santana Coelho Almeida**

Pelotas, 2017

**Ana Paula Santana Coelho Almeida**

**Acesso e utilização de serviços de saúde entre idosos brasileiros:**  
inquérito epidemiológico nacional

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Epidemiologia.

Orientador: Luiz Augusto Facchini  
Co-Orientadores: Rita de Cássica Duarte Lima  
Bruno Pereira Nunes

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

A314a Almeida, Ana Paula Santana Coelho

Acesso e utilização de serviços de saúde entre idosos brasileiros : inquérito epidemiológico nacional / Ana Paula Santana Coelho Almeida ; Luiz Augusto Facchini, orientador ; Rita de Cássia Duarte Lima, Bruno Pereira Nunes, coorientadores. — Pelotas, 2017.

224 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Epidemiologia. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Sistema único de saúde. 4. Idoso. 5. Desigualdades em saúde. I. Facchini, Luiz Augusto, orient. II. Lima, Rita de Cássia Duarte, coorient. III. Nunes, Bruno Pereira, coorient. IV. Título.

CDD : 614.4

Ana Paula Santana Coelho Almeida

Acesso e utilização de serviços de saúde entre idosos brasileiros:  
inquérito epidemiológico nacional

Banca examinadora

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Luiz Augusto Facchini

Presidente da banca - Universidade Federal de Pelotas, RS

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nágela Valadão Cade

Membro da banca - Universidade Federal do Espírito Santo, ES

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anaclaudia Gastal Fassa

Membro da banca - Universidade Federal de Pelotas, RS

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Juraci A. Cesar

Membro da banca - Universidade Federal do Rio Grande, RS

Pelotas, 2017

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, minha força e meu guia, por ter me permitido chegar até aqui e por ter colocado pessoas especiais em meu caminho. Agradeço muito a Deus por ter me dado durante o doutorado o presente mais precioso que eu poderia ganhar: minha amada filha, a querida Vitória.

Agradeço ao meu esposo e eterno namorado, Agilson Junior (Juninho), por seu amor e por sempre me apoiar nas decisões e projetos da minha trajetória profissional. Agradeço também por sua compreensão e suporte durante os oitos meses de estágio em Pelotas. Te amo muito meu amor!

Agradeço aos meus amados pais, Rita e Sebastião, que são meu alicerce e meu porto seguro. Muito obrigada por todo amor, apoio e dedicação, e por cuidar da nossa amada Vitória durante a escrita desta tese, juntamente com a Neusa e tia Lia, às quais também agradeço.

Agradeço ao Saulo, meu irmão, pelos momentos de descontração e por sempre compartilhar os momentos importantes da minha vida.

Agradeço ao professor Luiz Augusto Facchini, meu orientador, que me acolheu com tanto carinho neste doutorado. Muito obrigada por sua dedicação e por dividir comigo sua vasta experiência em epidemiologia e saúde coletiva.

Agradeço à professora Rita de Cássia Duarte Lima, por me acompanhar desde a graduação. Seu empenho na luta em defesa do SUS que me motivou a seguir o mesmo caminho na busca de um sistema público de saúde justo e igualitário.

Agradeço aos colegas Bruno Nunes Pereira e Suele Manjourany Silva Duro, por me auxiliar na análise dos dados e nas discussões teóricas, fundamentais na elaboração da tese.

Agradeço à professora Ethel Maciel, à professora Nágela Valadão, da UFES, e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da UFPel por terem viabilizado o Dinter.

Agradeço a todos os professores do PPGE e aos meus colegas de turma que contribuíram para minha formação acadêmica, por meio das discussões e apresentação de conteúdos importantes na construção desse estudo.

Agradeço aos colegas do Grupo de Pesquisa AQUARES que permitiram a realização deste estudo, com dados primários de abrangência nacional e representativos do contexto de saúde brasileiro.

Agradeço também aos queridos colegas de turma pelo apoio e luta conjunta nos momentos de dificuldades e pelos agradáveis momentos de descontração, amenizando a saudade de casa durante o período de estágio em Pelotas.

Agradeço aos colegas do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo pelo apoio, sem os quais minha participação no Dinter não seria possível.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo financiamento do Dinter.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que participaram direta ou indiretamente da minha trajetória durante o doutorado. A conquista materializada nesta tese só foi possível graças à participação dessas pessoas especiais, às quais gostaria de retribuir o carinho.

*“Se a meta principal de um capitão fosse preservar seu barco, ele o conservaria no porto para sempre”.*

São Tomás de Aquino.

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b> .....	07
<b>Projeto de Pesquisa</b> .....	09
<b>Relatório de Trabalho de Campo</b> .....	133
<b>Modificações no Projeto de Pesquisa</b> .....	136
<b>Artigos</b> .....	
Artigo de Revisão.....	138
Artigo Original 1.....	168
Artigo Original 2.....	201
<b>Nota à Imprensa</b> .....	224



**APRESENTAÇÃO**

---

## APRESENTAÇÃO

Esta tese integra o estudo AQUARES, delineado para avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde, com ênfase no desempenho e na qualidade da rede de atenção à saúde no Brasil. É requisito para conclusão do curso de doutorado em Epidemiologia de Ana Paula Santana Coelho Almeida, que teve como orientador o Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Luiz Augusto Facchini do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, e Co-orientadora a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Duarte Lima, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

O volume é composto por quatro partes: 1<sup>a</sup>) projeto de pesquisa; 2<sup>a</sup>) relatório de trabalho de campo; 3<sup>a</sup>) artigos originados e 4<sup>a</sup>) resumo para divulgação na imprensa (nota à imprensa).

Os artigos que serão apresentados para a banca estão descritos a seguir:

**Artigo 1** - Socioeconomic determinants of access to health services in the elderly: a systematic review.

**Artigo 2** - Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde em idosos brasileiros.

**Artigo 3** - Desigualdades na utilização de atendimento médico de idosos brasileiros segundo características sociais, do financiamento e do contexto municipal.





**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**  
**ENTRE IDOSOS BRASILEIROS:**  
**INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL**

**PROJETO DE PESQUISA**

**Doutoranda:** Ana Paula Santana Coelho Almeida

**Orientador:** Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

**Pelotas – RS**

**2014**

## SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	10
RESUMO.....	12
ARTIGOS PLANEJADOS.....	13
1. INTRODUÇÃO .....	14
2. Revisão de literatura .....	17
2.1 Acesso aos serviços de saúde.....	17
2.2 Acesso na política de saúde brasileira.....	23
2.3 Acesso e utilização de serviços de saúde em idosos .....	26
2.3.1 Prevalência e fatores associados à acesso, falta de acesso e utilização de serviços de saúde em idosos.....	28
3. MARCO TEÓRICO.....	36
3.5 Modelo teórico.....	40
4. JUSTIFICATIVA .....	40
5. OBJETIVOS .....	42
5.1 Geral .....	42
5.2 Específicos.....	42
6. HIPÓTESES.....	42
7. MÉTODO.....	43
7.1 Delineamento .....	43
7.2 População-alvo .....	43
7.3 Critérios de inclusão.....	43
7.4 Critérios de exclusão.....	44
7.5 Amostra.....	44
7.5.1 Cálculo do tamanho da amostra .....	44
7.5.2 Plano amostral.....	45
7.6 Instrumentos .....	54
7.7 Principais variáveis coletadas .....	54
7.7.1 Definição operacional das variáveis dependentes.....	54
7.7.2 Definição operacional das variáveis independentes .....	55
7.8 Seleção e treinamento dos entrevistados .....	57
7.9 Logística.....	57

7.10 Estudo Piloto .....	58
8. COLETA DOS DADOS.....	58
9. CONTROLE DE QUALIDADE .....	60
10. PROCESSAMENTO DOS DADOS .....	60
11. ANÁLISE DOS DADOS.....	61
12. ASPECTOS ÉTICOS.....	62
13. CRONOGRAMA.....	63
14. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS .....	64
15. FINANCIAMENTO.....	64
16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
APÊNDICE .....	70
Apêndice I. Estudos sobre utilização e acesso aos serviços de saúde.....	71
ANEXOS .....	80
Anexo 1 – Instrumento familiar .....	81
Anexo 2 – Instrumento individual contendo apenas as questões referentes ao presente projeto. ....	85
Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	130
Anexo 4 –Carta de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.....	131

## RESUMO

O acesso aos serviços de saúde representa um importante componente na avaliação do desempenho de um sistema de saúde tendo em vista que é um fator fundamental no processo de busca e obtenção do cuidado. Vários fatores estão envolvidos na determinação dos padrões de acesso com destaque para as questões políticas do sistema de saúde, fatores econômicos, aspectos relativos à organização do sistema no território e fatores relacionados às características do usuário. Alguns autores desenvolveram modelos teóricos a fim de explicar e identificar os fatores envolvidos nesse processo. Os estudos analíticos observacionais concentram-se na utilização dos serviços de saúde, analisando o acesso realizado. Não obstante, estudos que visem mensurar e avaliar as variáveis envolvidas na falta de acesso aos serviços de saúde são escassos. Dessa forma, pretende-se avaliar o acesso aos serviços de saúde em uma amostra de idosos brasileiros. Para tanto, serão utilizados os dados de um estudo mais amplo, que investigou o acesso e qualidade da rede de saúde no Brasil, o qual se constituiu em um estudo transversal de base populacional com uma amostra de 6625 idosos, residentes em áreas urbanas de 100 municípios de 23 estados brasileiros. Para descrever o acesso aos serviços de saúde serão analisadas variáveis relacionadas à falta de acesso, utilização de serviços de saúde, natureza pública ou privada do serviço, tempo de espera, gasto, encaminhamentos e satisfação do usuário. Espera-se que o estudo forneça evidências que auxiliem gestores e profissionais de saúde na melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, principalmente do SUS.

## ARTIGOS PLANEJADOS

1. Fatores determinantes do acesso aos serviços de saúde em idosos: uma revisão sistemática
2. Falta de acesso aos serviços de saúde em idosos brasileiros: associação com porte populacional e cobertura de Estratégia Saúde da Família;
3. Iniquidades no acesso ao atendimento de saúde em idosos brasileiros segundo natureza do financiamento.



## 1. INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde é um dos principais fatores considerados na análise da qualidade e desempenho dos sistemas de saúde (Donabedian, 1990; Viacava et al, 2012). Acesso pode ser conceituado como um conjunto de dimensões que descrevem o ajuste entre o paciente e o sistema de cuidados de saúde, ou seja, intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço (Penchansky e Thomas, 1981). Diversos fatores estão associados ao seu favorecimento e não se restringem àqueles relativos ao setor saúde, ao contrário, estão profundamente ligados aos cenários políticos nacionais, às políticas sociais e econômicas além das características do usuário (Mcintyre e Mooney, 2007).

A melhoria do acesso tem sido um dos principais objetivos nas reformas dos sistemas de saúde. No Brasil, a Carta Magna Brasileira de 1988 assegura a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado. Apesar dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso aos serviços de saúde (Giovannella e Fleury, 1996; Paim et al, 2011).

As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes. As desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde (Travassos et. al., 2000).

O debate a respeito do conceito de acesso tem sido difundido desde a década de 1970 na literatura internacional (Aday e Andersen, 1974; Penchansky, 1981; Andersen, 1995) e mais recentemente no âmbito nacional (Giovanella e Fleury, 1996; Assis e Nascimento, 2003; Travassos e Martins, 2004; Dilélio, 2014; Nunes et al, 2014). Entretanto existe divergência a respeito de sua definição, variando de acordo com os autores e modificando ao longo de tempo.

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa (Travassos e Martins, 2004). Alguns autores, em vez de acesso, empregam o substantivo acessibilidade como Donabedian (1973), outros distinguem os termos como Penchansky e Thomas (1981).

De maneira geral acesso tem sido conceituado como o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Tem sido descrito como a oportunidade de ingressar no sistema de saúde, refletindo o entendimento de que existe uma série de fatores que permitem o uso apropriado dos serviços de saúde.

Acesso e organização dos serviços no território são dois processos que se encontram intimamente ligados. A experiência acumulada demonstra que a excessiva fragmentação dos serviços de saúde gera dificuldades no acesso, serviços de baixa qualidade técnica, descontinuidade do cuidado, uso irracional dos recursos disponíveis, um incremento desnecessário dos custos e uma baixa satisfação dos usuários com serviços recebidos (Organização Panamericana da Saúde, 2008).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido o modelo adotado para reorientar as práticas em saúde na Atenção Primária, visando, diminuir as

desigualdades sociais no acesso e possibilitar uma cobertura mais equânime. Estudos têm demonstrado uma utilização mais equitativa dos serviços de saúde no âmbito da ESF, contribuindo para a garantia da equidade, princípio do SUS que visa minimizar as desigualdades existentes entre grupos que apresentam diferentes condições socioeconômicas, considerando a necessidade na atenção à saúde (Fernandes *et al*, 2009; Facchini *et al*, 2006).

Neste estudo, considera-se que a Estratégia Saúde da Família é uma política que favorece a ampliação do acesso à saúde e que possui potencial para influenciar os outros níveis do sistema (Facchini *et al*, 2014).

Embora ainda exista considerável debate sobre o conceito de acesso à saúde, parte dos autores destaca que acesso não equivale à utilização do serviço de saúde (Travassos e Martins, 2004; Oliver e Mossialos, 2004). Entretanto, devido à dificuldade de se obter medidas de acesso em seu domínio mais amplo, a maior parte dos estudos tem adotado a utilização de serviços de saúde como *proxy* do acesso. Travassos e Castro (2008) ressaltam que os fatores que explicam variações nas taxas de utilização são distintos dos que explicam a variação do acesso potencial.

A utilização de serviço de saúde é caracterizada pela garantia do atendimento, ou seja, se refere à parcela da população que procurou o serviço de saúde e obteve êxito. Essa medida não permite conhecer a respeito daqueles indivíduos que necessitaram de cuidados de saúde, procuraram o serviço, mas não conseguiram o atendimento. Portanto, a utilização é uma das dimensões na análise do acesso aos serviços de saúde.

Os estudos analíticos observacionais que visem mensurar a prevalência e os fatores associados no favorecimento do acesso, ou da falta de acesso aos serviços de saúde, são escassos. Nessa perspectiva, o presente projeto pretende avaliar o acesso aos serviços de saúde em uma amostra de idosos brasileiros analisando sua associação com os fatores estruturais e organizacionais do sistema de saúde e com características individuais.

Para tanto, serão utilizados os dados de um estudo mais amplo, de base populacional, intitulado Aquares, que buscou avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde, com ênfase no desempenho dos serviços e na qualidade dos cuidados de saúde, em municípios de pequeno, médio e grande porte populacional das cinco regiões geopolíticas do Brasil.

## **2. Revisão de literatura**

A revisão da literatura está subdividida em duas grandes partes. A primeira engloba a fundamentação conceitual e histórica sobre acesso a serviços de saúde (itens 2.1 e 2.2), proveniente de textos clássicos e referências de autores com tradição no estudo do tema. A segunda parte inclui uma busca criteriosa em bases bibliográficas nos últimos dez anos sobre estudos observacionais que caracterizaram os determinantes do acesso e utilização de serviços de saúde em idosos (item 2.3).

### **2.1 Acesso aos serviços de saúde**

O conceito de acesso aos serviços de saúde e o desenvolvimento de modelos que possam analisá-lo tem sido objeto de muitos estudos e se configura em uma importante base para mensurar a equidade na atenção à saúde.

Melhorar o acesso aos serviços de saúde está entre os objetivos estratégicos da política de saúde em todo o mundo, principalmente dos sistemas universais de saúde, como por exemplo, o SUS. A fim de melhorar o acesso equitativamente, o conceito precisa ser elucidado, para que seja possível operacionalizá-lo (Thiede e McIntyre, 2008) garantindo a comparabilidade entre estudos.

Embora ainda exista considerável debate sobre o conceito de acesso à saúde, parte da literatura concorda que acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde (Travassos e Martins, 2004; Oliver e Mossialos, 2004; Nunes, 2014).

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados, do acesso ao serviço de saúde e do profissional que conduz o usuário dentro do sistema de saúde (Travassos e Martins, 2004).

Para Fernandes et al. (2009), a utilização dos serviços de saúde é um comportamento resultante de um conjunto de determinantes que incluem as características sociodemográficas e de saúde, a organização da oferta e o perfil epidemiológico, que podem levar a uma maior ou menor utilização dos serviços.

A utilização pode ser compreendida como a evidência de que o acesso foi alcançado. Entretanto, as taxas de utilização não permitem determinar o grau em que os serviços não foram usados, embora tenham sido necessários (Nunes, 2014). No uso de serviços de saúde, as populações que não conseguiram atendimento

(falta de acesso) e aquelas que não precisaram de serviços de saúde, são consideradas em uma mesma categoria – não uso de serviços de saúde.

Alguns autores empregam os termos acesso e acessibilidade como sinônimos, indicando o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (Donabedian, 1973; Travassos e Castro, 2008). Entretanto, alguns autores marcam a diferenciação entre eles. Para alguns, a acessibilidade é uma das dimensões do acesso, que se refere à distância geográfica, tempo e custo (Penchansky e Thomas 1981). Starfield (2002) define acessibilidade como característica da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Há ainda quem trabalhe com esses conceitos de forma relacional, onde acesso ou acessibilidade diz respeito ao grau de ajuste entre as características da população e da oferta de serviços (Donabedian, 1973).

Donabedian (1973) denomina acessibilidade ao conjunto de fatores que intervêm entre a capacidade real ou potencial de produzir serviços e a capacidade, também real e potencial, de consumo dos mesmos. Assim, acessibilidade indica o ajuste entre o problema de saúde da pessoa e os recursos empregados nos serviços de saúde para responder as necessidades da população, não se restringindo à simples disponibilidade de recursos em um local e tempo.

Para esse autor, a acessibilidade está subdividida em sócio-organizacional e geográfica. Os atributos sócio-organizacionais incluem a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo. A acessibilidade geográfica, por outro lado, refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços.

Aday e Andersen em 1974 desenvolveram um modelo teórico para estudar acesso. Nele conceituaram o acesso baseado nos objetivos da política de saúde através das características do sistema de saúde e das necessidades de saúde das populações, tendo como resultado, ou desfecho, a efetiva utilização dos serviços de saúde e satisfação dos consumidores com estes serviços. Essa perspectiva insere um componente político em sua análise, e não restringe acesso a simples utilização, mas sim a utilização efetiva a partir das necessidades individuais e a satisfação com o serviço prestado. Esses autores introduzem ainda a necessidade de saúde como um dos componentes do modelo, definida como condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde.

A percepção de uma necessidade de saúde por um indivíduo pode originar o desejo de obter cuidado, que poderá implicar ou não na decisão de procurar um serviço de saúde. A procura configura uma demanda por serviços de saúde, cuja realização depende da existência de recursos disponíveis para produzir os serviços adequados para o atendimento do indivíduo (Travassos e Castro, 2008). Para Penchansky e Thomas (1981) o acesso é um conjunto de dimensões que descrevem o ajuste entre o paciente e o sistema de cuidados de saúde, ou seja, intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Sugerem que o acesso poderia ser avaliado através de indicadores de resultado da passagem do indivíduo pelo sistema de saúde, por exemplo, a satisfação do paciente.

Posteriormente Andersen (1995), a partir de uma revisão do modelo teórico desenvolvido em 1974, amplia as dimensões de análise apresentando acesso como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange o conceito de acesso introduzindo a noção de acesso efetivo,

que diz respeito à utilização de serviços de saúde que melhoram as condições de saúde e o nível de satisfação do indivíduo, e o acesso eficiente que indica as mudanças nas condições de saúde, inserindo nessa perspectiva a qualidade do cuidado como um fator importante do acesso.

Segundo o Institute of Medicine (IOM), acesso é a designação abreviada de um amplo conjunto de preocupações na situação em que os indivíduos e os grupos são capazes de obter os serviços necessários a partir do sistema de assistência médica. Para os efeitos do seu trabalho, a comissão definiu acesso da seguinte forma: “o uso oportuno de serviços pessoais para alcançar os melhores resultados de saúde possíveis”. Nessa concepção acesso passa a ser sinônimo de uso. Uma característica importante desta definição é que ele depende tanto do uso de serviços de saúde e dos resultados de saúde como pontos de referência para julgar se o acesso foi alcançado. O acesso refere-se ao uso, no momento adequado, de serviços/ tecnologias de reconhecida eficácia (MILLMAN, 1993).

Com base na definição do IOM foram propostas várias medidas de acesso representadas por indicadores tradicionais de cobertura – proporção da população que tem acesso potencial – ou por taxas de utilização de determinados serviços ou procedimentos.

Para Travassos e Martins (2004) uma importante limitação à utilidade desse conceito é que a eficácia de grande parte dos procedimentos preventivos e terapêuticos é desconhecida. A outra limitação é que mudanças positivas no estado de saúde dependem não apenas do acesso a procedimentos de saúde de reconhecida eficácia, porém, conforme já indicado, da adequação na realização do procedimento (qualidade técnica), o que torna a operacionalização do conceito bastante difícil.



Starfield (2002), no contexto da Atenção Primária à saúde considera a possibilidade do atendimento à saúde ser dividida em fases, o acesso aos serviços seria considerado a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para resolução de problemas, ou a satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde, isto pode ser avaliado por algumas questões, tais como: disponibilidade ou não do serviço, a distância, e quais práticas estão sendo ofertadas para o atendimento dos usuários; quais são os recursos disponíveis, qual a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde e de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população, a quem e como devem prestar serviço.

Thiede e McIntyre (2008) apresentam três dimensões de acesso: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade. Informação é um elemento central transversal às dimensões. Disponibilidade de cuidados de saúde engloba todos os fatores que se relacionam com a existência real de um serviço específico ao alcance do cliente, incluindo a conveniência de horário de funcionamento e distância entre usuário e serviço. A capacidade de pagar refere-se aos custos diretos e indiretos dos cuidados. Modelos de financiamento de cuidados de saúde afetam fortemente essa dimensão. Por último, a aceitabilidade abrange muitos dos fatores subjetivos, sociais e culturais, tais como o grau em que um serviço é culturalmente aceito.

A partir desse modelo, Travassos e Castro (2008) apresentam as barreiras de acesso que irão facilitar ou obstruir a capacidade das pessoas utilizarem os serviços. Classificam em barreiras geográficas, barreiras financeiras, barreiras organizacionais e barreiras de informação. Barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde. A disponibilidade de serviços e sua distribuição

geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso. Para as autoras, as barreiras geográficas refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde. As barreiras financeiras relacionam-se com a capacidade de pagamento. As barreiras organizacionais expressam as características da organização dos serviços e do tipo e da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou dificultam a sua utilização. As barreiras de informação configuram-se como informações sobre o sistema de saúde, serviços de saúde e as doenças e suas alternativas terapêuticas que atuam como facilitadores da utilização de serviços.

Para Giovanella e Fleury (1996) acesso é uma categoria central para a análise das inter-relações usuários/serviços de saúde. Apresentam-no como um conceito geral que sumariza o conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde.

Oliver e Mossialos (2004) defendem a relevância do acesso como princípio de equidade e destacam a necessidade de desenvolver métodos que consigam mensurá-lo.

## **2.2 Acesso na política de saúde brasileira**

Profundas mudanças ocorreram na organização do sistema de saúde do Brasil desde a década de 1920, especialmente no que tange ao acesso aos serviços de saúde. De 1920 até o final da década de 1980, a assistência à saúde era privilégio de poucos, limitando-se aos trabalhadores que contribuía com a previdência

social, fazendo com que grande parcela da população, principalmente os mais carentes, fosse vítima de uma injustiça social (Giovanella & Fleury, 1996; Batista, 2007).

O cenário de iniquidade no acesso à saúde e de mercantilização da medicina sob o comando da previdência social foram duramente criticados pelo movimento sanitário. Os reformistas propunham a universalização do direito à saúde garantida pelo Estado, a unificação dos serviços de atenção à saúde, com a garantia do acesso a ações de prevenção e assistência médica. Estas propostas foram defendidas e tiveram sua consagração, em 1986, no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, conformando o projeto de Reforma Sanitária Brasileira que teve como eixos: a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a compreensão da determinação social do processo saúde enfermidade, através do conceito ampliado de saúde; e a reorganização do sistema de atenção com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Batista, 2007).

Neste processo de reorganização do sistema, a atenção à saúde foi progressivamente universalizada. Com a criação do SUS, toda a população, independentemente de vínculo previdenciário, formalmente passa a ter direito ao atendimento por serviços de saúde do sistema público.

Entretanto, a Constituição Federal de 1988 permitiu a livre participação do setor privado na assistência à saúde, resultando em uma configuração híbrida do sistema (Santos e Porto, 2008), com a existência de três subsetores: o subsetor público no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos âmbitos federal, estadual e municipal; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos

privados de saúde e de apólices de seguro. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (Bahia, 2005; Paim et al., 2011).

Essas características referentes às relações entre o público e o privado no sistema de saúde, geram grandes efeitos no que tange à equidade no acesso, oferta e utilização de serviços de saúde. Entretanto, apesar das Iniquidades ainda existentes, o acesso aos serviços de saúde melhorou consideravelmente após a criação do SUS.

Na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% dos brasileiros afirmavam ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias (Paim, 2011). Em 1998, 4,75% dos indivíduos sem cobertura privada de saúde apresentaram algum problema de acesso (Andrade et al, 2013). Em 2003 essa prevalência foi de 4% (Ribeiro et al., 2006; Silva et al., 2011), e em 2008 esse percentual reduziu para 3,97. Essa redução foi observada em todos os quintis de renda (Andrade et al, 2013).

Na PNAD realizada em 2003, dentre as pessoas que procuraram serviços de saúde nos últimos 15 dias e conseguiram ser atendidas, 59,2% foram usuárias do SUS e 40,8% do setor de saúde complementar, ou seja, houve 45% mais atendimentos pelo SUS do que pelo setor privado no país como um todo (Silva et al., 2011). Entre as regiões do país, as que apresentam menos problemas de acesso são as regiões Sul e Sudeste (Andrade, 2013).

### 2.3 Acesso e utilização de serviços de saúde em idosos

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura a fim de investigar os fatores determinantes do acesso e da utilização de serviços de saúde em idosos. A busca foi realizada a partir das bases Pubmed, Lilacs e Scielo utilizando-se os descritores: Health Services Accessibility OR healthcare disparities OR Health Services utilization.

As buscas foram realizadas sem restrição de data de publicação ou por idiomas, e os trabalhos deveriam conter os descritores no título ou resumo. Definiu-se como limite estudos realizados com humanos.

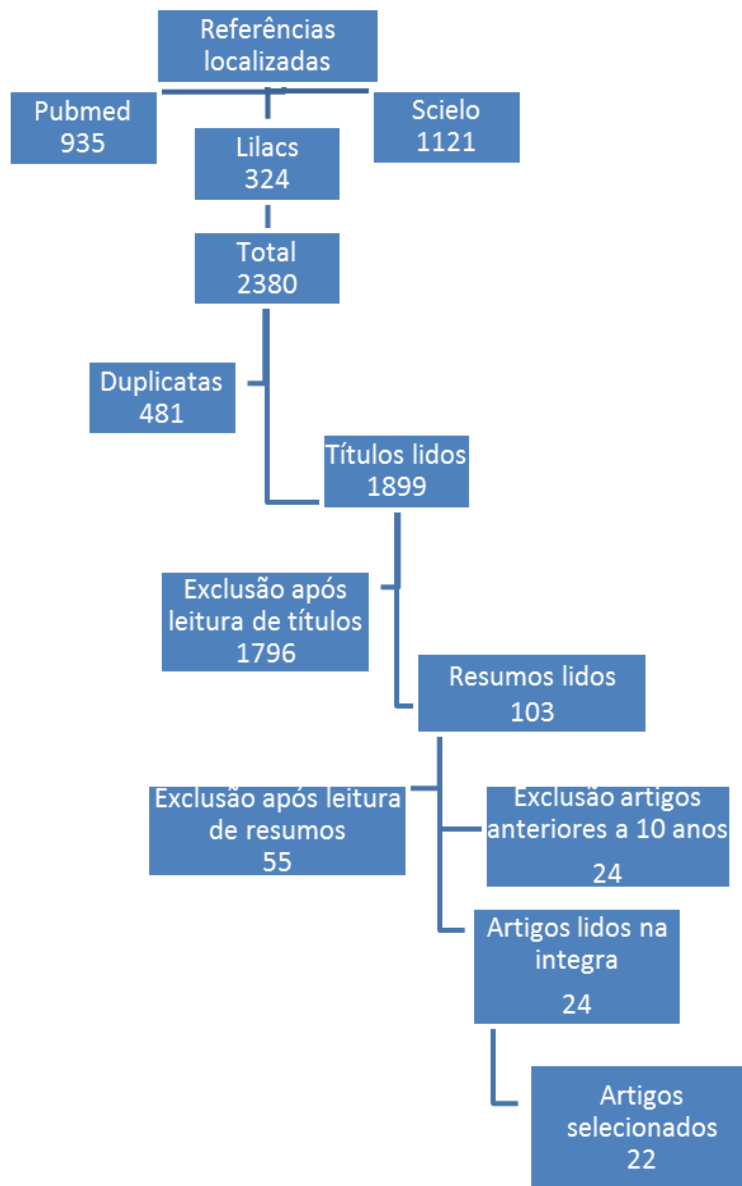
Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estudos observacionais que mensuraram a prevalência e utilização, acesso ou falta de acesso aos serviços de saúde e/ou fatores associados e que utilizaram os idosos como população de estudo. Por se tratar de uma temática na qual existe modificação dos fatores avaliados em função do contexto e das mudanças na estrutura dos sistemas de saúde, foram incluídos somente os trabalhos mais recentes, publicados nos últimos dez anos.

Foram excluídos os trabalhos que estudaram utilização e acesso aos serviços de saúde em grupos específicos como dependentes químicos, pessoas em situação de rua, portadores de morbidades específicas (exceto condições crônicas) e aqueles que se restringiam a grupos de gêneros.

As bases de dados foram consultadas de 15 a 30 de maio de 2014 e após as buscas os artigos transferidos para o software *Endnote*, onde foram excluídos os artigos em duplicidade. Foi lido o título de todos os artigos encontrados e excluídos aqueles sem relação com o tema acesso e utilização dos serviços de saúde. Em seguida

procedeu-se a leitura dos resumos e excluídos aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão. Os artigos cujos títulos e resumos não apresentavam clareza para sua inclusão ou exclusão foram mantidos para as etapas seguintes até a leitura integral do trabalho. Por fim, foram selecionados os artigos lidos na íntegra que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão.

Ao final da revisão da literatura foram selecionados vinte e dois artigos originais, que irão embasar a discussão dos resultados da tese (Figura 1). A seguir serão apresentados os principais resultados dos artigos selecionados.



**Figura 1.** Fluxograma da busca sistemática nas bases de dados sobre acesso aos serviços de saúde.

### **2.3.1 Prevalência e fatores associados à acesso, falta de acesso e utilização de serviços de saúde em idosos**

A mudança no perfil e na dinâmica demográfica mundial tem como manifestação a tendência de envelhecimento da população. No Brasil, esse fenômeno se iniciou mais recentemente, quando comparados a países mais desenvolvidos, trazendo consigo grande impacto social, exigindo mudanças desde o nível das políticas públicas até o do núcleo familiar (Veras e Parahyba, 2007). Esse novo cenário incide na necessária reconfiguração dos serviços de saúde, readequando a oferta e qualificação de recursos humanos para atendimento das necessidades de saúde dessa população. Na perspectiva do envelhecimento populacional, é comprovado que os idosos são grandes usuários dos serviços de saúde (Travassos et al. , 2002).

No Brasil, em 1998 a prevalência de utilização de serviços de saúde entre idosos de 60 anos e mais, de acordo com os dados de PNAD era de 21% nas duas últimas semanas anteriores à entrevista (Lima-Costa et al. 2003a, Lima-Costa et al. 2003b). No Rio Grande do Sul, 72% dos idosos procuraram e receberam atendimento em serviços de saúde pelo menos uma vez durante 6 meses antes do estudo (Bos, 2007).

Em relação especificamente à consulta médica, em 2003 no Brasil, a prevalência foi de 79,9% em idosos residentes em área urbana e 68,6% em área rural nos últimos 12 meses (Travassos e Viacava, 2007). Em São Paulo essa taxa foi de 83% em 2000 (Louvison et al, 2008).

Em relação a serviços ambulatoriais, a proporção de idosos que usaram serviços nos trinta dias anteriores à entrevista foi de 32,4% nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, sendo que a quantidade de idosos que consultaram foi maior no Sul (36%) do



que no Nordeste (29%) (Rodrigues et al. 2008). Em idosos portadores de doenças crônicas a prevalência de consulta médica nos últimos seis meses foi de 45% no Sul e de 46% no Nordeste (Rodrigues et al. 2009). Estudo realizado em idosos de Porto Alegre demonstrou que os serviços de Atenção Básica foram utilizados por 49,7% da amostra durante os seis meses anteriores à entrevista (Paskulin, 2011).

As desigualdades no uso de serviços de saúde apresentam associação com as desigualdades socioeconômicas e demográficas. No que tange as características demográficas, estudos demonstram associação entre utilização e gênero e divergência em relação à variável idade. No Brasil, Lima-Costa et al. (2003a) encontrou maior proporção de utilização entre mulheres (22,8%), comparado aos homens (17,2% nas duas últimas semanas anteriores à entrevista). Louvison et al. (2008) em São Paulo evidenciou uma chance 55% maior de utilização para sexo feminino. No Canadá a proporção de utilização em mulheres foi 11% maior em relação aos homens e a utilização de consultas médicas foi 34% maior nos idosos com mais de 80 anos (Vegda et al., 2009).

Outros estudos não encontraram associação com idade (Lima-Costa et al., 2003a; Paskulin, 2011). Em relação à Atenção Básica, nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, o uso dos serviços foi maior por idosos com idade inferior a 80 anos.

Idosos com menor escolaridade apresentam pior estado de saúde em função de piores hábitos e menor nível de informação e piores condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente (Louvison et al, 2008). Estudos demonstram a associação entre baixo nível de escolaridade e menor uso de serviços de saúde (Rodrigues et al., 2009; Barros et al., 2011). Estudo realizado em Campinas, com 1.518 idosos de 60 anos ou mais, demonstrou diferença na utilização de consultas

médicas nas últimas duas semanas em relação aos anos de estudo. Idosos com nove anos ou mais de estudo apresentaram uma prevalência 40% maior que aqueles com menos de 4 anos de estudo, após ajustado por sexo, idade e número de doenças crônicas (Barros et al, 2011).

A renda é outro fator associado ao uso de serviços de saúde. Existem evidências de que os idosos mais pobres têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mesmo quando a cobertura desses serviços é adequada. De acordo com Lima-Costa et al. (2003b), os idosos brasileiros mais pobres, quando comparados àqueles com maior renda domiciliar per capita, procuraram menos serviços médicos nas duas semanas anteriores ao estudo, quando procuram foram menos atendidos, e consultaram médicos com menos frequência. Lima-Costa et al. (2003b) identificou uma taxa de utilização maior entre os idosos de maior renda (22% contra 16% de renda inferior).

Estudos que avaliam utilização de serviços na Atenção Básica evidenciam comportamento diferenciado em relação à renda e escolaridade, demonstrando maior utilização entre idosos com piores condições socioeconômicas (Rodrigues et al. 2008).

Estudo realizado no Brasil também encontrou diferença em relação à utilização de serviços de saúde entre a população rural e urbana (Travassos e Viacava, 2007). A proporção de idosos que consultou o médico no último ano, a continuidade do cuidado, a proporção que consultou o dentista e a cobertura de mamografia observadas nos idosos rurais foram expressivamente mais baixas do que nos idosos urbanos. Mesmo analisando aqueles que referiram problema de saúde, a utilização

de serviços de saúde foi menor nos idosos rurais do que nos urbanos; mas não se observou diferença nas taxas de internação entre esses dois grupos.

No que tange à assistência domiciliar na Atenção Básica, nas áreas de atenção tradicional o maior número desse tipo de atendimento esteve associado a renda (os idosos com renda superior a três salários mínimos apresentaram probabilidade 5,2 vezes maior de receber assistência domiciliar, comparados ao grupo que recebia até um salário mínimo), história prévia de AVC, câncer e sinais de demência e idosos com incapacidade funcional para atividades da vida diária. Nas áreas da Estratégia Saúde da Família a maior probabilidade de receber assistência domiciliar nos três meses anteriores a realização da entrevista estiveram associados ao aumento da idade, não saber ler e escrever; história prévia de AVC; presença de sinais de demência; depressão; história de queda; e presença de incapacidade funcional (Thumé et al, 2010).

A utilização de serviços de saúde pelos idosos pode ser condicionada também pela oferta de serviços de saúde. Segundo Bos (2007), os idosos brasileiros que vivem em municípios com maior número de clínicas e prestadores ambulatoriais públicos, são mais propensos a usar o sistema público de saúde.

Pessoas com piores condições de saúde apresentam maior utilização de serviços de saúde. Segundo (Louvison et al., 2008) o uso de serviços é maior em idosos com pior autopercepção de saúde (OR=1,92) e naqueles que apresentam alguma doença (OR=2,73). No estudo de Bos (2007) os pacientes que utilizaram o sistema público de saúde apresentaram pior auto-avaliação do estado de saúde do que aqueles que utilizam o sistema privado (Bos, 2007).

De acordo com Louvison et al. (2008), a presença de seguro privado entre idosos aumentam as chances de uso de serviços de saúde (OR=1,57).

Em relação à América Latina, foi realizado estudo a fim de avaliar a desigualdade na utilização dos serviços de saúde entre os idosos de Buenos Aires, São Paulo, Santiago, Havana, Cidade do México e Montevideu (Noronha e Andrade, 2005). Identificou-se a presença de desigualdade no uso de serviços ambulatoriais em Santiago, na Cidade do México e em São Paulo. Em Santiago e na Cidade do México, quanto maior o nível educacional, maior o número esperado de consultas. O número médio de consultas foi, respectivamente, 81,69 e 29,17% maior para os idosos com mais de 7 anos de estudo em comparação ao grupo de menor escolaridade. Em São Paulo, o oposto foi observado. O número esperado de consultas foi 24,72% menor para os idosos mais escolarizados. Para os serviços de internação hospitalar, a presença de desigualdade foi detectada apenas em São Paulo, onde a probabilidade de o indivíduo ser internado foi 3,57 vezes maior entre os idosos mais escolarizados.

Córdova et al (2009) através de um estudo realizado com 42.876 idosos com mais de 60 anos no México, elaborou um modelo de predição para utilização de serviços de saúde. Em seu estudo, 29% dos idosos relataram ter tido algum problema de saúde nas últimas 4 semanas. Desses, 77% procuraram algum profissional de saúde e foram atendidos. As principais razões para não procurar atendimento médico incluíram o elevado custo dos serviços, dificuldades com o agendamento, a distância entre a casa e o serviço de saúde e percepção de ineficiência dos serviços médicos. Os determinantes da utilização dos cuidados de saúde foram: ter um cuidador durante uma doença; perceber ter um problema de saúde; ser capaz de

comprar comida, e ter filhos. Outro estudo realizado no México com 15.186 idosos demonstrou diferenças na realização de hospitalização entre a população de área urbana e rural, com maior prevalência na população urbana (Salinas et al, 2010). Grande parte dessa diferença foi justificada pela posse de cobertura de planos de saúde.

No Nepal, a proporção de utilização de serviços de saúde em idosos no período de um ano foi de 68% (Sanjel, 2012). Maior idade, situação conjugal, maior dependência para realização de atividades diárias e presença de doenças crônicas apresentaram associação significativa com maior utilização de serviços, em uma análise bivariada.

Estudo realizado no Canadá envolvendo 2.450 idosos com mais de 65 anos avaliou a utilização de Serviços de Atenção Primária à Saúde em um período de 2 anos (Vegda et al., 2009). Nesse estudo a utilização de consultas médicas foi 34% maior nos idosos com mais de 80 anos. A proporção de utilização em mulheres foi 11% maior em relação aos homens.

Em relação ao uso de serviços odontológicos por idosos, estudo realizado com base em uma amostra de 5.009 indivíduos de 65 a 74 anos, demonstrou uma prevalência de 18,8% de uso nos últimos 12 meses no Brasil (Martins et al, 2007). Na região sudeste, em uma amostra de 1.014 indivíduos que usaram serviços odontológicos pelo menos uma vez na vida, 18% usaram serviços odontológicos há menos de um ano, 82% usaram há um ano ou mais. A menor prevalência de uso foi evidenciada entre os residentes da zona rural; entre aqueles com menor renda per capita; entre os que perceberam sua aparência como péssima em função dos dentes ou gengivas (Martins et al, 2008).

Em Florianópolis a proporção de utilização de serviços odontológicos entre idosos maiores de 60 anos, em uma amostra de 875 indivíduos, foi de 10,7% nos últimos três meses, sendo que a procura por atendimento foi de 48% (Benedetti et al, 2007). Somente 12,9% foram atendidos em instituições gratuitas. A utilização de serviços odontológicos foi associada à necessidade de próteses dentárias e à utilização de serviços médicos, considerando os últimos três meses anteriores à pesquisa. No Paraná, em uma amostra de 149 idosos com 60 anos e mais, 19,5% dos indivíduos haviam utilizado serviços odontológicos no último ano (Baldani et al, 2010).

Pesquisa realizada no México, com 698 idosos com 60 anos e mais, demonstrou uma prevalência de utilização de serviços odontológicos nos últimos 12 meses de 53,6% (Sánchez-García et al, 2007). 81% dos que utilizaram o serviço obtiveram por meio de serviços privados, 12,8% por meio do seguro social e 6,2% através de serviços públicos. Mulheres tiveram uma chance 2 vezes maior de utilização. Pessoas com mais de 6 anos de estudo apresentam uma chance 60% maior quando comparados ao grupo de menor escolaridade. Alto número de dentes cariados esteve associado a uma baixa utilização de serviços odontológicos.

Souza et al (2012) buscou avaliar se a raça pode ser considerada um fator limitante na utilização dos serviços odontológicos por idosos. Seu estudo incluiu 5.108 indivíduos de 65 a 74 anos. Dos brancos 3,8% afirmaram nunca terem ido ao dentista enquanto que para os negros esse valor é de 7,8%. Mesmo após o ajuste para necessidade de prótese e dor, a chance do idoso negro não ter utilizado o serviço odontológico pelo menos uma vez na vida é 40% menor que para um idoso branco. Dos que utilizaram os serviços, 21,2% dos idosos brancos visitaram o dentista no último ano, enquanto para os negros o valor foi de 14,2%. E no modelo

ajustado para sexo, idade, necessidade de prótese e renda a chance de um idoso negro nunca ter ido a um serviço odontológico foi 30% menor que para um idoso branco.

### **3. MARCO TEÓRICO**

Com base na revisão da literatura foi construído um modelo teórico hierarquizado que norteará o desenvolvimento deste projeto (Figura 2).

Como desfecho, adotaremos um conceito de acesso que inclui todo o processo de busca e obtenção (ou não) do cuidado. Esse processo se inicia a partir de uma necessidade de cuidados de saúde, que incidirá na busca por serviços de saúde, resultando na utilização ou não do serviço de saúde. Nesse sentido propomos o conceito de falta de acesso na perspectiva de mensurar a proporção de pessoas que necessitaram de um cuidado de saúde, buscaram o serviço de saúde, mas não foram atendidas.

Incluimos na categoria de acesso, com base no referencial de Andersen (1995) e Penchansky & Thomas (1981) a satisfação do cliente, tempo de espera e continuidade do cuidado, que são indicadores de qualidade e resultado da passagem do indivíduo pelo sistema de saúde.

Dessa forma, o acesso será estudado analisando tanto os indivíduos que necessitaram de atendimento, buscaram o serviço, mas não foram atendidos (falta de acesso), quanto aqueles que conseguiram o atendimento (utilização). Em relação àqueles que conseguiram o atendimento será avaliado o tempo de espera, a continuidade do cuidado e a satisfação do cliente.

Baseando-se na ideia de Penchansky & Thomas (1981) de que acesso é um conjunto de dimensões que descrevem o ajuste entre o usuário e o sistema de cuidados de saúde, o modelo empregado neste estudo propõe duas grandes dimensões de análise dos fatores envolvidos nesse processo: os fatores da esfera individual, e os fatores relacionados ao sistema de saúde.

Na dimensão dos fatores individuais, no primeiro nível incluem-se os aspectos demográficos e os socioeconômicos que influenciam no processo de busca e obtenção do cuidado. Na análise do acesso em idosos, dentre os aspectos demográficos, consideramos a idade, gênero, raça que são fatores associados com a utilização de serviços de saúde. Estudos demonstram que idosos com mais idade, do sexo feminino, brancos possuem uma prevalência de utilização maior que os demais (Paskulin, 2011; Louvison et al, 2008; Rodrigues et al. (2009).

Os fatores socioeconômicos incluem a escolaridade, renda e posse ou não de plano de saúde.

A renda do indivíduo ou família é determinante na busca e utilização dos serviços de saúde. Pessoas com baixa renda, com pouco poder aquisitivo para os gastos em saúde, reprimem ou protelam a busca por serviços e profissionais de saúde. Pessoas com maior renda possuem mais chance de consultar em serviços de saúde (Lima-Costa et al, 2003a; Barros et al. 2011; Nunes, 2013).

No Brasil, existem evidências de que indivíduos com maior escolaridade e aqueles que possuem planos de saúde utilizam mais serviços de saúde (Salinas et al, 2010).

Esses fatores irão influenciar na necessidade de saúde percebida e na aceitabilidade do indivíduo aos serviços de saúde, que por sua vez induzirão o



desejo de obter cuidados de saúde, a procura do serviço de saúde e a obtenção do atendimento. Segundo Andrade et al. (2011) a procura por serviços de saúde é maior entre as mulheres e as pessoas de cor branca, assim como há um aumento com o avanço da idade. A procura também é maior em indivíduos com planos de saúde.

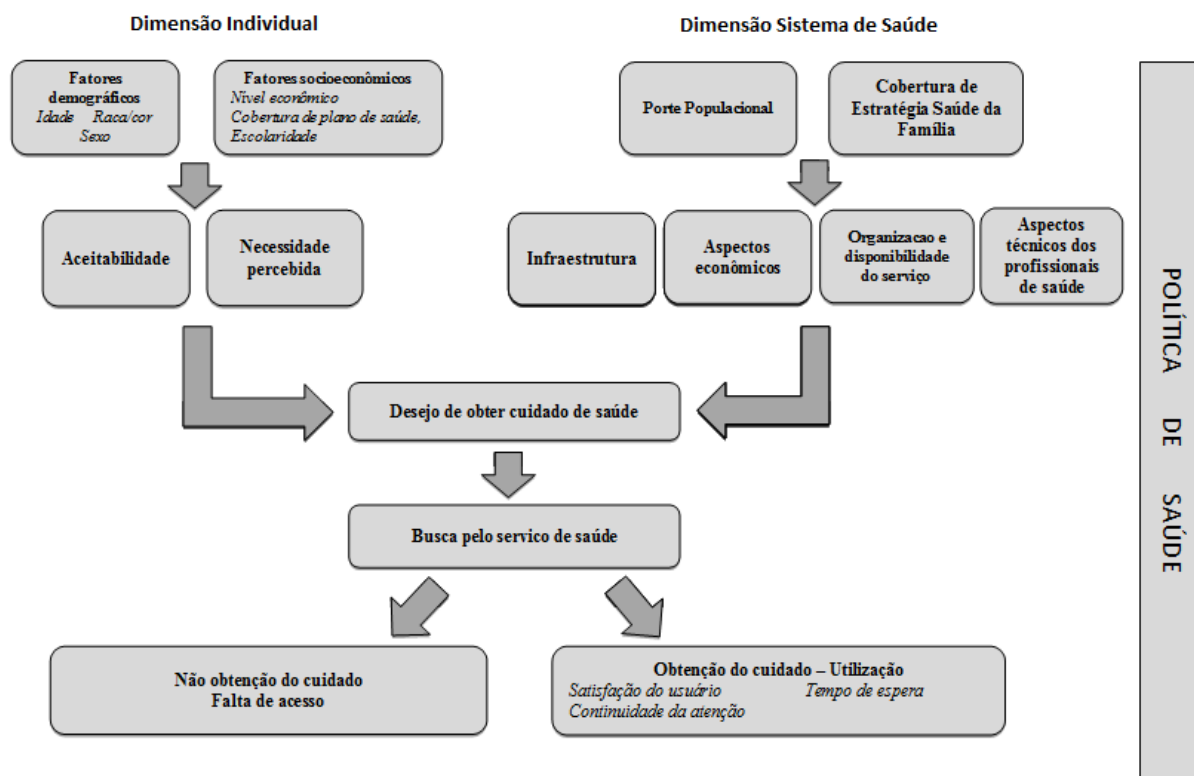
Na dimensão dos fatores relacionados ao sistema de saúde utilizaram-se principalmente os referenciais de Aday e Andersen (1974), Thiede e McIntyre (2008) e Facchini (2013). Os fatores constituintes dessa dimensão possuem como eixo transversal o contexto político do sistema de saúde, que abrange a pactuação entre os gestores e demais atores envolvidos do sistema de saúde e a participação social, que determinam o processo de tomada de decisão.

No primeiro nível situam-se a cobertura de Estratégia Saúde da Família e o porte populacional. A Estratégia Saúde da Família é examinada como uma iniciativa de governança, fruto da decisão e vontade política, da pactuação entre os atores envolvidos no sistema de saúde e do controle social. A cobertura da população é um *proxy* de prestação de contas de governo, responsabilidade social, visão estratégica, orientação para o consenso e capacidade de elaboração de políticas (Facchini, 2013). O porte populacional neste trabalho é compreendido como uma síntese contextual da riqueza e infraestrutura do município. Esse por sua vez determinará os aspectos econômicos e de infraestrutura do sistema de saúde, situados no segundo nível, que leva em consideração o financiamento e investimentos na rede pública, adequação da estrutura física, equipamentos e insumos.

Ainda no segundo nível, situam-se os aspectos relativos à organização e disponibilidade dos serviços (horário de funcionamento, distância do usuário,

organização da porta de entrada e fluxos, regulação e integração), e os aspectos técnicos dos profissionais de saúde (estabelecimento de vínculo, competência, compromisso, cuidado integral) que são influenciados pela Estratégia Saúde da Família, e influenciarão na procura do serviço de saúde e na obtenção do atendimento. Estudo realizado em Porto Alegre com idosos destacou que dentre os motivos para a utilização de serviços de saúde, se encontravam a proximidade de casa e a concepção de ser um bom serviço (Paskulin, 2011). Segundo Bos (2007), idosos que vivem em municípios com maior número de clínicas e prestadores ambulatoriais públicos, eram mais propensos a usar o sistema público.

### 3.5 Modelo teórico



**Figura 2:** Modelo teórico do acesso aos serviços de saúde.

## 4. JUSTIFICATIVA

No Brasil a intensa luta social pelo direito à saúde, no contexto de democratização do país nos anos 80, levou à consagração da saúde, na Constituição Nacional de 1988, como direito universal, sendo dever do Estado garanti-lo. A partir de então, a ampliação do acesso à atenção tem sido implementada através de uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, que buscam unificar e descentralizar a atenção à saúde, construindo o Sistema Único de Saúde (Giovannella e Fleury, 2006; Paim, 2011).

Entretanto, apesar dos avanços convive-se ainda com uma realidade desigual e excludente de acesso ao sistema de saúde, exigindo respostas do Estado de modo

a garantir o princípio constitucional da universalidade. Dessa forma, a realização de pesquisas sobre o acesso aos serviços de saúde é elemento importante nesse processo, conhecendo a magnitude do problema e como as iniquidades estão configuradas, identificando fatores explicativos que possam orientar a formulação de políticas voltadas para a equidade e ampliação do acesso.

A literatura sobre utilização de serviços de saúde é vasta, entretanto, são escassos os estudos que avaliam o acesso. O presente projeto pretende contribuir com esse conhecimento avaliando o acesso em uma amostra de idosos brasileiros, buscando utilizar medidas que se aproximem dos fatores explicativos numa perspectiva populacional e político-organizacional do conceito.

Espera-se que o estudo forneça evidências que auxiliem gestores e profissionais de saúde na garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde, principalmente do SUS.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1 Geral

Avaliar o acesso aos serviços de saúde em uma amostra de idosos residentes em 100 municípios brasileiros, das cinco regiões geopolíticas do Brasil.

### 5.2 Específicos

- Mensurar a prevalência de falta de acesso aos serviços de saúde no país.
- Descrever o tempo de espera entre a procura e obtenção do serviço e a satisfação do usuário no sistema de serviços de saúde.
- Analisar o acesso aos serviços de saúde em função do porte populacional e da cobertura de Estratégia Saúde da Família.
- Avaliar o acesso aos serviços de saúde segundo natureza pública ou privada do serviço.
- Analisar as iniquidades no acesso aos serviços de saúde em função das características socioeconômicas dos usuários.

## 6. HIPÓTESES

- A falta de acesso será menor que 4% entre os idosos.
- 70% da amostra utilizará serviços através do SUS.
- O acesso aos serviços de saúde e a continuidade da atenção será maior nos municípios de maior porte populacional e naqueles com maior cobertura de saúde da família.
- O acesso aos serviços de saúde será maior na população coberta por planos de saúde.

- A falta de acesso será maior em indivíduos com menor escolaridade, raça negra, menor renda.

## **7. MÉTODO**

### **7.1 Delineamento**

Serão utilizados dados de um inquérito epidemiológico transversal de base populacional delineado para avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde, com ênfase no desempenho dos serviços e na qualidade dos cuidados de saúde, em municípios de pequeno, médio e grande porte populacional das cinco regiões geopolíticas do Brasil. Este tipo de delineamento é adequado para detectar com rapidez a prevalência de exposição e desfechos de interesse à saúde, sendo muito importante para o planejamento de políticas e ações em saúde. Pode-se destacar como vantagens para este tipo de estudo o baixo custo em comparação a outros delineamentos, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e rapidez de coleta (Rouquayrol, 2003; Rothman & Greenland, 1998).

### **7.2 População-alvo**

A população-alvo foi composta por idosos com 60 anos ou mais de idade residentes em 100 municípios brasileiros.

### **7.3 Critérios de inclusão**

Foram incluídos no estudo idosos com 60 anos ou mais de idade residentes na zona urbana, moradores em domicílios particulares e coletivos localizados em municípios de pequeno, médio e grande porte, na data de referência da pesquisa.

## 7.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos os indivíduos que, no momento da entrevista, estiveram viajando, hospitalizados, privados de liberdade por decisão judicial, ou residindo em Instituições de Longa Permanência.

## 7.5 Amostra

### 7.5.1 Cálculo do tamanho da amostra

Para atender os objetivos deste estudo, realizaram-se cálculos de tamanho de amostra para avaliar as prevalências de falta de acesso e para o estudo das associações a serem estudadas. Para tanto, baseou-se na prevalência de falta de acesso encontrada no estudo de Andrade et al (2013).

A amostra obtida na pesquisa Aquares (6.625 idosos) é suficiente para encontrar uma prevalência de falta de acesso de 2% a 4%, com margem de erro de mínimo de 0,5 pontos percentuais (pp), e prevalência de 5% e 6% com margem de erro superior a 1 pp, conforme demonstrado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Tamanho de amostra para o estudo da prevalência de falta de acesso aos serviços de saúde em idosos.

Margem de erro (pontos percentuais)	Prevalência do desfecho (%)				
	2	3	4	5	6
0,5	3003	4452	<u>5866</u>	7246	8592
1,0	753	1117	1473	1822	2162
1,5	335	497	656	811	962

Para os estudos de associação, com um poder de 80%, nível de confiança de 95% e razão de exposição de 1:6 (maior diferença entre grupos), adotando como parâmetros prevalências de desfecho de 1,5% a 2,5% no grupo não

exposto, a amostra do estudo Aquares seria suficiente para as razões de prevalências destacadas em negrito na tabela abaixo (Tabela 2).

**Tabela 2.** Tamanho de amostra para o estudo das associações entre falta de acesso aos serviços de saúde e as variáveis independentes em idosos.

Prevalência de falta de acesso no grupo não-exposto	Razão de prevalências				
	1,3	1,5	1,8	2,0	2,3
1,5	55.180	22.903	10.357	7.204	<b>4.760</b>
2,0	41.638	16.726	7.676	<b>5.366</b>	<b>3.562</b>
2,5	33.516	13.472	<b>6.069</b>	<b>4.264</b>	<b>2.813</b>

Nota: poder de 80%, nível de confiança de 95% e razão 1:6 (maior diferença entre grupos).

### 7.5.2 Plano amostral

No estudo Aquares, para aumentar a representatividade da amostra, optou-se por localizá-la segundo a distribuição proporcional da população em cinco estratos de porte populacional dos municípios brasileiros.

O primeiro nível foi representado pelo porte do município, o segundo pelo município, o terceiro por setores censitários urbanos, o quarto por domicílios e o quinto e último nível por indivíduos elegíveis residentes nos domicílios. Os indivíduos constituem a unidade de análise do estudo e a amostra foi localizada em domicílios independentes em cada setor censitário. Para efeitos de estimativas, seleção de municípios e setores censitários urbanos utilizou-se os dados do Censo Populacional Brasileiro de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2006.). O módulo padrão de referência territorial e populacional para a estimativa amostral foi o setor censitário urbano, definido como um agregado de aproximadamente 300 domicílios e 1000 habitantes.



Após o cálculo amostral, os municípios foram agregados por porte populacional. Os municípios com menos de 10 mil habitantes foram denominados de “muito pequenos”; aqueles de 10 mil a menos de 20 mil habitantes, “pequenos”; os de 20 mil a menos de 100 mil habitantes, “médios”; os de 100 mil a menos de 1,1 milhão de habitantes, “grandes” e aqueles a partir de 1,1 milhão de habitantes denominados “muito grandes”. Ao interior de cada porte, os municípios foram sorteados aleatoriamente. Em cada município os setores censitários urbanos também foram definidos através de sorteio aleatório. Em cada setor foi localizada uma cota de domicílios, suficiente para reunir a cota de indivíduos estimada por setor, com início aleatório e localização sistemática de domicílios. Em cada domicílio foram incluídos todos os indivíduos elegíveis, ainda que se ultrapasse a cota de indivíduos definida no setor censitário.

#### ***7.5.2.1. Distribuição proporcional da amostra por porte de município e equiprobabilidade de inclusão dos indivíduos***

A amostra populacional foi distribuída em cada porte de municípios, segundo a proporção de população urbana do respectivo porte: Muito pequenos = 4,8%, Pequenos = 6,8%, Médios = 26,2%, Grandes = 40,1%, Muito grandes = 22,1% (Tabela 2.2). A divisão do número de indivíduos da amostra a selecionar nos municípios de cada porte pela população urbana do respectivo porte estimou a equiprobabilidade de inclusão dos indivíduos no estudo, conforme pode ser visto na Tabela 3.

**Tabela 3 - Distribuição da amostra por porte populacional do município, proporcional à população urbana e probabilidade de inclusão dos indivíduos. AQUARES – UFPel. Pelotas, 2008 - 2009.**

População dos municípios	Total municípios	População urbana	% População urbana na pop total	% População urbana por porte	Amostra idosos % pop urb	Probabil. am. idosos/pop urb (1:100.000)	Amostra final de setores
0 a <10 mil	2662	7.381.834,63	53,1	4,8	288	3,9	29
10 mil < 20 mil	1291	10.497.658,07	56,5	6,8	408	3,9	42
20 mil < 100 mil	1344	40.618.305,67	76,6	26,2	1572	3,9	162
100 mil < 1,1 milhão	254	62.111.674,40	97,4	40,1	2406	3,9	255
>= 1,1 milhão	12	34.212.999,72	97,6	22,1	1326	3,9	150
Total Brasil	5.563,00	154.822.472,49	84,00	100,00	6.000,00	3,88	638,00

### ***7.5.2.2. Número de setores censitários urbanos por porte***

A divisão do número de indivíduos a amostrar nos municípios de cada porte pela cota de indivíduos a localizar por setor resultou no número de setores censitários urbanos a estudar em cada porte e no conjunto do estudo. Assim, no Brasil foram estudados 601 setores urbanos, com a seguinte distribuição por porte populacional:

- Municípios muito pequenos = 29 setores
- Municípios pequenos = 41 setores
- Municípios médios = 157 setores
- Municípios grandes = 241 setores
- Municípios muito grandes = 133 setores

### ***7.5.2.3. Equiprobabilidade de inclusão dos setores censitários urbanos***

A divisão do número de setores censitários urbanos estimados em cada porte pelo número de setores censitários urbanos a amostrar no respectivo porte projetou a razão média de 1 setor urbano amostrado a cada 258 setores urbanos estimados no país, com uma pequena variabilidade por porte do município:

- Muito Pequeno = 1: 255
- Pequeno = 1: 256
- Médio = 1: 259
- Grandes = 1: 258
- Muito Grandes = 1: 257

#### **7.5.3.4. Regra de alocação de setores por porte do município**

Tomando como referência a estimativa de setores censitários urbanos por município brasileiro, obtida através da divisão da população urbana por 1000, foi construída a seguinte regra de alocação de setores por porte do município:

- Seleção de **1 setor a cada 10 mil habitantes urbanos** nos municípios menores de 100 mil habitantes.
- Acréscimo de **mais 1 setor a cada 100 mil habitantes urbanos** nos municípios de 100 mil a menos de 1,1 milhão de habitantes.
- Soma de **mais 1 setor a cada 1 milhão de habitantes urbanos** nos municípios de 1,1 milhão e mais habitantes.

A aplicação da regra aos municípios estratificados por tamanho resultou nos seguintes intervalos:

- Municípios muito pequenos = 1 setor
- Municípios pequenos = 2 setores
- Municípios médios = 3 a 10 setores
- Municípios grandes = 11 a 20 setores
- Municípios muito grandes = 21 a 30 setores

A mediana do intervalo em cada porte de município foi, então, utilizada como a cota de setores a sortear por porte de município. Por consequência, foram amostrados:

- **1 setor** nos municípios menores de 10 mil habitantes,
- **2 setores** nos municípios de 10 mil a menos de 20 mil habitantes,
- **6 setores** nos municípios de 20 mil a menos de 100 mil habitantes,
- **15 setores** nos municípios de 100 mil a menos de 1,1 milhão de habitantes e

- **25 setores** nos municípios de 1,1 milhão e mais habitantes.

#### **7.5.2.5. Número de municípios a amostrar por porte**

O passo seguinte foi a obtenção do número de municípios a amostrar em cada porte, que resultou da divisão do número de setores urbanos a sortear em cada porte de municípios pelo número de setores alocados ao respectivo porte.

Arredondando o número de municípios a sortear em cada porte para se dispor da cota de setores censitários em cada porte, obteve-se uma **amostra total de 100 municípios brasileiros**, com a seguinte distribuição:

- **29 municípios** com menos de 10 mil habitantes,
- **21 municípios** de 10 mil a menos de 20 mil habitantes,
- **27 municípios** de 20 mil a menos de 100 mil habitantes,
- **17 municípios** de 100 mil a menos de 1,1 milhão habitantes e
- **6 municípios** de 1,1 milhão e mais habitantes.

Utilizando tábua de números aleatórios, selecionou-se a amostra de municípios em cada porte. Para esta seleção foi excluído o Distrito Federal, restando um total de 5.563 municípios. A partir das informações do IBGE (IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2006). Os municípios foram ordenados por ordem crescente de acordo com o tamanho da população. A seguir foi sorteado um número aleatório para demarcar o início da seleção e após, foi calculado o “pulo” para a seleção sistemática dos 100 municípios, nas cinco regiões geopolíticas do Brasil.

#### **7.5.2.6. Amostra final de setores censitários urbanos**

Em seguida, multiplicou-se a mediana de setores necessários em cada porte pelo número de municípios a amostrar no respectivo porte, obtendo-se um

arredondamento do número de setores estimados. A amostra total de setores passou, então, de 601 para 638 setores.

Após o sorteio dos municípios procedeu-se o sorteio dos setores em cada município, através de tábua de números aleatórios, completando o plano para localização dos domicílios e da amostra populacional.

A partir da lista dos setores censitários dos municípios, disponibilizadas pelo IBGE, foram considerados para fins de elegibilidade, apenas os setores urbanos comuns e não especiais, sendo excluídos os setores rurais e os especiais (aglomerado subnormal, quartéis, bases militares, alojamento e acampamentos, embarcações, barcos e navios, aldeia indígena, colônias penais, presídios e cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais).

O número de setores sorteados em cada município foi proporcional ao número de setores válidos e ao porte populacional. Ao interior de cada município os setores válidos foram listados em ordem decrescente de acordo com a média de renda dos chefes de família. Os setores foram sorteados após a definição do “pulo” necessário para se alcançar o número de setores estabelecido para cada município.

#### ***7.5.2.7. Cota de indivíduos por setor censitário e seleção de domicílios e indivíduos elegíveis***

A definição do número de indivíduos a localizar em cada setor censitário urbano (unidade padrão de agregação populacional) considerou uma concentração média de pessoas por domicílio urbano de 0,32 idosos de 60 e mais anos (IBGE, 2006). Assim, em um setor, ou seja, em 300 domicílios seriam encontrados 96 idosos. Buscando minimizar o efeito de delineamento, ou correlação intraclasses das

observações, e melhorar a dispersão da amostra em cada setor censitário, optou-se por selecionar a cota de 10 idosos por setor censitário.

Os domicílios foram selecionados em todos os setores segundo salto sistemático com início aleatório. Em cada domicílio foram estudados todos os residentes elegíveis. Segundo as estimativas de concentração de idosos por domicílio, para localizar a cota de idosos por setor optou-se por incluir 30 domicílios por setor com pulo, ou intervalo de 30 domicílios. Assim, em 638 setores censitários seria possível localizar cerca de 6.380 idosos. Abaixo segue o quadro com os municípios selecionados para o estudo (Quadro 1).

**Quadro 1 - Municípios selecionados para o estudo. AQUARES – UFPel. Pelotas, 2008 – 2009.**

ESTADO	MUNICÍPIOS
Acre	Tarauacá
Alagoas	Maragogi Taucarana
Bahia	Alagoinhas Caetité Feira de Santana Itaeté Itajuípe Morro do Chapéu Ouriçangas Planalto
Ceará	Fortaleza Maranguape Paraipaba
Espírito Santo	Divino de São Lourenço Vila Velha
Goiás	Campo Limpo de Goiás Goiânia Santa Terezinha de Goiás
Maranhão	Igarapé do Meio Montes Altos
Mato Grosso do Sul	Laguna Carapã
Mato Grosso	Arenápolis Cuiabá Planalto da Serra Primavera do Leste Rondonópolis
Minas Gerais	Araguari Belo Horizonte Bocaiúna de Minas Campo Azul Conceição do Rio Verde

	Congonhas Cuparaque Espera Feliz Heliadora Ipatinga Itapecerica Presidente Olegário Santos Dumont Uberlândia
Rondônia	Governador Jorge Teixeira Monte Negro
Pernambuco	Exú Jatobá
Piauí	Porto Alegre do Piauí
<b>ESTADO</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
Sergipe	Poço Redondo
Tocantins	Palmeira do Tocantins
Rio Grande do Norte	Ipanguaçu Pedra Grande
Pará	Acará Belém Canaã dos Carajás Currálinho Nova Ipixuna Santa Bárbara do Pará
Paraíba	Esperança Montadas Poço Dantas Soledade
Paraná	Colombo Conselheiro Mairinck Curitiba Irati Mariluz Mauá da Serra Nova Esperança Pérola D'Oeste Ponta Grossa
Rio De Janeiro	Magé Santa Maria Madalena Trajano de Moraes
Rio Grande do Sul	Alvorada Braga Capão do Cipó Giruá Porto Alegre São Jerônimo Senador Salgado Filho Sete de Setembro
Santa Catarina	Balneário Arroio do Silva Bela Vista do Toldo Leoberto Leal Pouso Redondo São Francisco do Sul Timbó Videira
São Paulo	Alumínio Araçatuba Castilho



	Elias fausto Embú Fernandópolis Gália Limeira Mirandópolis Palmital Paulo de Farias Salto de Pirapora São José dos Campos
--	--

## 7.6 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram constituídos por dois questionários estruturados e padronizados: um familiar, composto por questões socioeconômicas aplicado em cada domicílio; e um individual, composto por questões que incluíam variáveis demográficas, comportamentais e de utilização de serviços de saúde.

Ambos encontram-se na íntegra no endereço eletrônico [www.aquares.com.br](http://www.aquares.com.br), o questionário familiar e o individual com as questões relativas ao presente projeto encontram-se, respectivamente, nos Anexos 1 e 2.

## 7.7 Principais variáveis coletadas

### 7.7.1 Definição operacional das variáveis dependentes

No presente projeto, as variáveis dependentes serão empregadas a fim de se aproximar de uma perspectiva ampliada de acesso, conforme apresentado no modelo teórico.

O acesso será analisado através da falta de acesso aos serviços de saúde, utilização de serviços de saúde, tempo de espera, continuidade do cuidado e satisfação do usuário.

A falta de acesso será caracterizada quando um indivíduo tiver referido precisar de atendimento de saúde, buscado algum serviço de saúde e não ter conseguido atendimento.

Será medido através da seguinte sequência de questionamentos: Desde < Três meses atrás>, o Sr(a) foi atendido por algum médico? Se não: Apesar de não ter sido atendido por médico, o Sr(a) precisou deste atendimento? Se precisou: O Sr(a) buscou atendimento médico desde <Três meses atrás>? Se buscou atendimento médico: por qual motivo não foi atendido? As questões para investigar internação hospitalar, atendimento em pronto-socorro, de outro profissional de saúde e domiciliar seguiram o mesmo padrão.

A utilização de serviços de saúde será aferida quando um indivíduo tiver afirmado ser atendido por algum profissional médico nos últimos três meses.

Em relação à continuidade do cuidado, embora se reconheça a amplitude de seu conceito, neste estudo será utilizado um recorte. Será aferida por meio da realização de encaminhamentos: se o indivíduo foi encaminhado para algum outro serviço e se conseguiu atendimento. Serão analisadas ainda as variáveis em relação ao tipo de encaminhamento (para qual especialidade ou serviço) e local para onde foi encaminhado, se teve que ser atendido em outra cidade.

O tempo de espera será avaliado pelo tempo entre a procura do serviço e obtenção de atendimento e a satisfação do usuário pela opinião em relação ao atendimento recebido.

### **7.7.2 Definição operacional das variáveis independentes**

A tabela a seguir descreve as principais variáveis que serão utilizadas nesse projeto:

**Tabela 5.** Descrição das variáveis independentes que serão estudadas no projeto.

	Variável	Tipo de variável	Operacionalização da variável
Características sociodemográficas	Nível econômico	Categórica ordinal	Classificação conforme ABEP, nível A, B, C, D e E
	Escolaridade	Categórica ordinal	Nenhum; 1-4; 5-8; 9-11; 12 e mais.
	Sexo	Categórica dicotômica	Masculino ou Feminino
	Cor da pele	Categórica nominal	Branca, negra, parda, amarela e indígena. Auto-referida.
	Situação conjugal	Categórica nominal	Solteiro, casado, viúvo, separado / divorciado
	Faixa etária	Categórica ordinal	60-64; 65-69; 70-74;75-79;80 e mais
Características territoriais	Porte populacional	Categórica ordinal	Até 30 mil habitantes; 30.001 a 100.000; 100.001 a 1.000.000; maior que 1.000.000 habitantes.
Características do serviço	Tipo de financiamento do atendimento	Categórica nominal	Seguro e plano de saúde, desembolso direto, SUS.
	Cobertura de Estratégia Saúde da Família	Categórica ordinal	até 30%; 30% - 64.9%; 65% e mais

## **7.8 Seleção e treinamento dos entrevistados**

A inscrição para o processo seletivo para contratação de supervisores e entrevistadores foi direcionada a indivíduos acima de 18 anos, com, no mínimo, ensino médio completo, conhecimento em informática e disponibilidade de se ausentar da cidade e facilidade para relacionamento em equipe.

Os inscritos foram submetidos ao primeiro módulo da capacitação, totalizando 40 horas. Após a avaliação do desempenho neste módulo, foram selecionados 12 supervisores e 46 entrevistadores, que foram submetidos ao segundo módulo da capacitação, num total de 32 horas.

## **7.9 Logística**

Com vistas a uma maior eficiência no cumprimento do cronograma e no uso otimizado dos recursos financeiros e materiais, a coordenação do estudo optou pela coleta de dados eletrônica, através de um computador de mão do tipo PDA, dispensando o uso de papel, reduzindo o período do trabalho de campo e agilizando o processamento dos dados. Esta tecnologia também possibilitou a localização do domicílio do entrevistado através do Sistema de Posicionamento Global (GPS – Global Positioning System). Optou-se pela realização do estudo em quatro trajetos denominados de Trajeto Sul, Sudeste, Nordeste e Pantanal, embora em muitos casos a denominação do trajeto extrapolasse a distribuição geográfica regional brasileira, permitindo, por exemplo, a inclusão de um estado do Norte no Trajeto Pantanal ou no Trajeto Nordeste.

### **7.10 Estudo Piloto**

O estudo piloto foi realizado em um setor censitário da cidade de Pelotas-RS. Esse estudo teve como objetivo testar os instrumentos, manual e organização do trabalho, além do treinamento final para os supervisores e entrevistadores.

## **8. COLETA DOS DADOS**

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2008 e abril de 2009 por 11 equipes compostas por quatro entrevistadores e um supervisor totalizando 55 auxiliares de pesquisa. Para cada setor censitário foi preenchida uma planilha de setor cujo cabeçalho era preenchido antes da equipe sair a campo. O número de identificação era composto à medida que se localizavam os elegíveis para entrevistar.

Para cada domicílio selecionado foi preenchido um questionário para captar informações socioeconômicas e características da moradia. Foram preenchidos questionários específicos para todos os elegíveis em cada residência.

Os idosos em condições de responder o questionário (com autonomia), surdos-mudos com tradutor ou aqueles que falassem outro idioma que não o português, mas dispusessem de tradutor, foram considerados elegíveis para o estudo.

Foram considerados sem autonomia os moradores elegíveis do domicílio que não dispunham de condições mentais suficientes para responder o instrumento, como por exemplo, pessoas alcoolizadas ou sob efeito de substâncias ilícitas (drogadas), vítimas de paralisia cerebral, pessoas com seqüela de AVC (acidente vascular cerebral) ou traumas que prejudicassem totalmente a comunicação. Nesses casos, foram utilizados informantes-chaves, ou seja, pessoas responsáveis que poderiam

responder o questionário pelo elegível sem autonomia, desde que concordasse com isso. Nestas ocasiões, quem assinava o termo de consentimento era o informante-chave.

Os critérios definidos para considerar um informante-chave foram: ter idade maior ou igual à 16 anos, ser responsável pelos cuidados de saúde, por levar ao médico, por tomar decisões sobre a situação de saúde e a busca de serviços.

Em caso de recusa do elegível, o entrevistador registrava na planilha e comunicava o supervisor, fazendo uma tentativa de reversão. Se tivesse sucesso, a entrevista era realizada e a planilha de dados era atualizada. Mantida a recusa, o supervisor registrava no PDA, compunha o número de identificação, inseria informações possíveis, confirmava a recusa e encerrava.

Em caso de domicílios fechados, cujos vizinhos informassem morar elegíveis, o entrevistador registrava na planilha de setor. Fazia uma tentativa em outro momento do deslocamento pelo setor e, se encontrasse a pessoa, aplicava o questionário. Se não, ele próprio registrava no PDA, compunha o número de identificação, inseria informações possíveis, confirmava a perda e encerrava.

Ao final de cada visita, o entrevistador avisava que, caso o domicílio fosse sorteado, outro membro do estudo - um supervisor - poderia voltar para refazer algumas perguntas com o objetivo de realizar o controle de qualidade.

Ao encerramento de cada setor censitário, o supervisor copiava o arquivo de dados do cartão de memória do PDA de cada entrevistador para seu notebook. Uma vez copiados, os arquivos eram renomeados, identificando a data, o entrevistador e o supervisor. Em seguida, era realizado o “zeramento” do PDA, ou seja, o cartão

voltava a ter somente as estruturas dos bancos de dados para o trabalho de campo nos próximos setores censitários.

Ao final de cada município de pequeno porte, ou semanalmente para os municípios de médio e grande porte, estes arquivos com os dados coletados eram enviados por correio eletrônico a três diferentes membros da coordenação do estudo.

Cada remessa das equipes era acompanhada de um relatório de alteração dos dados. Este relatório consistia em uma planilha contendo o número de identificação do questionário, o bloco e a pergunta a que se referia o comentário e o dado que deveria ser corrigido com sua justificativa.

## **9. CONTROLE DE QUALIDADE**

O controle de qualidade do estudo foi realizado pelo supervisor de cada equipe. Ao final de um dia de trabalho aproximadamente 10% dos instrumentos preenchidos foram sorteados, para uma nova visita que foi realizada em, no máximo, três dias após a coleta. O supervisor da equipe de posse de um instrumento específico e de um PDA próprio para esta coleta, realizou esta nova entrevista. Os questionários do controle de qualidade foram compostos por perguntas-chave que possibilitassem a identificação de possíveis erros ou respostas falsas, além da avaliação da concordância entre as respostas.

## **10. PROCESSAMENTO DOS DADOS**

Uma vez recebidos os arquivos de dados oriundos do trabalho de campo, a primeira tarefa era reuni-los em lotes de aproximadamente 100 arquivos. Cada lote era testado em sua integridade e posteriormente processado, tornando-se o arquivo do lote de processamento.

Uma criteriosa avaliação automatizada verificava se todos os blocos estavam preenchidos corretamente e se não existiam registros em duplicidade. Feita esta verificação, os bancos parciais eram convertidos, bloco a bloco. Após esta conversão, os blocos de cada questionário eram reunidos constituindo-se assim, gradativamente, o arquivo final com todos os registros para cada grupo populacional.

A primeira tarefa após a constituição dos bancos de dados foi confrontar o número de registros existentes com aqueles anotados nas planilhas dos entrevistadores e com as observações dos relatórios de alteração de dados. Sempre que necessário, as alterações eram feitas nos bancos finais.

## **11. ANÁLISE DOS DADOS**

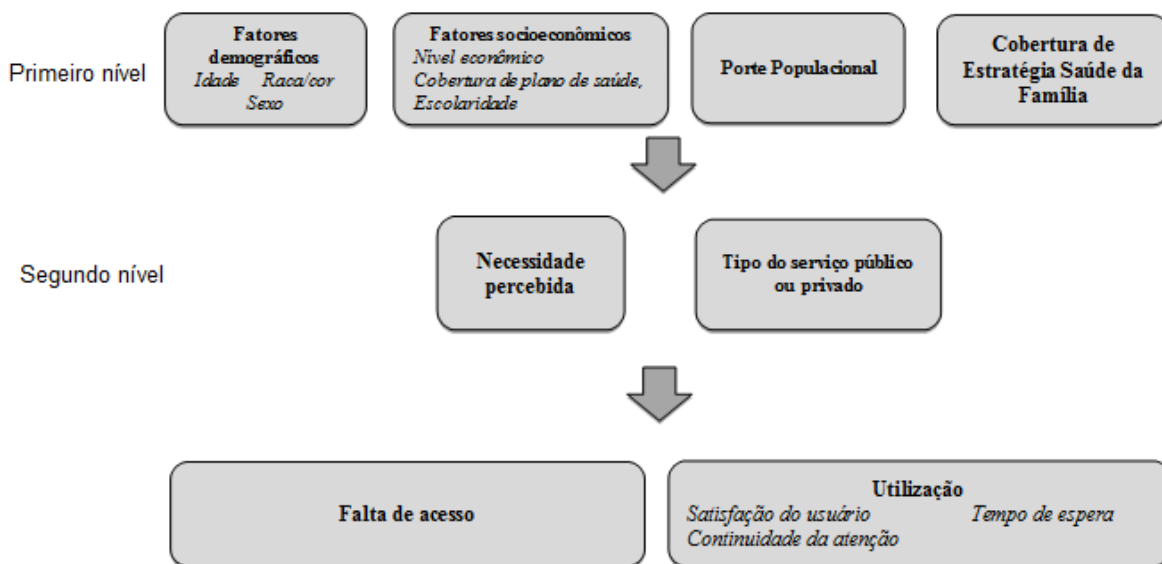
A análise dos dados se iniciará a partir de análises descritivas a fim de caracterizar a amostra, incluindo a prevalência de todas as variáveis incluídas no estudo com respectivos intervalos de confiança. Posteriormente serão realizadas análises bivariadas testando associação entre as variáveis independentes e o desfecho (falta de acesso aos serviços de saúde). Para todos os testes de hipóteses será adotado um nível de significância de 5%. As análises brutas conterão a prevalência da falta de acesso conforme grupos das variáveis independentes, com respectivos riscos relativos, intervalos de confiança e valores p.

No caso da comparação de variáveis categóricas dicotômicas, será realizado o teste do qui-quadrado. No caso de comparação de uma variável categórica dicotômica com outra ordinal, será realizado o teste de qui-quadrado para tendência linear.

Nas análises ajustadas, serão calculadas as razões de prevalência ajustadas, intervalos de confiança e valores p do cruzamento entre os desfechos e as variáveis



independentes. Para investigar a associação entre o desfecho e as variáveis independentes será realizada uma análise multivariável através de modelos de regressão de Poisson com variância robusta. Os modelos serão ajustados para potenciais fatores de confusão, levando em consideração o modelo de análise (Figura 3). Será realizada seleção para trás dentro de cada nível hierárquico e serão mantidas no modelo as variáveis com valor-p  $\leq 0,20$  para controle de possíveis fatores de confusão.



**Figura 3:** Modelo de análise para acesso aos serviços de saúde.

## 12. ASPECTOS ÉTICOS

Como referido anteriormente, esta pesquisa utilizará dados coletados através de entrevistas estruturadas aplicadas a indivíduos de 100 municípios brasileiros. Devido às implicações dessa forma de coleta, ou seja, por envolver seres humanos, foram levados em conta os referenciais básicos da bioética apontados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, quais sejam: “*autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado*” (1996:1).

Ainda atendendo a esta resolução, os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3). Os dados colhidos são de uso exclusivo dos pesquisadores, e serão resguardados a confidencialidade e a proteção da imagem da pessoa entrevistada.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel para avaliação, sendo aprovado em reunião de 23 de novembro de 2007, conforme ofício 152/07 (Anexo 4).

### 13. CRONOGRAMA

As atividades a serem desenvolvidas seguirão o cronograma do Quadro 2.

Quadro 2. Cronograma de atividades do estudo.

Atividades	2013			2014				2015				2016				2017
	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
<b>Definição do tema</b>																
<b>Revisão de literatura</b>																
<b>Submissão do plano de trabalho</b>																
<b>Elaboração do projeto</b>																
<b>Defesa do projeto</b>																
<b>Elaboração do 1º artigo</b>																
<b>Submissão do 1º artigo</b>																
<b>Análise dos dados</b>																
<b>Redação do 2º e 3º artigo</b>																
<b>Defesa da tese</b>																
<b>Divulgação dos resultados</b>																

#### **14. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados do presente projeto serão publicados em revistas científicas nacionais ou internacionais indexadas e em eventos nacionais e internacionais. Além disso, será enviado um texto à imprensa para divulgação dos resultados nos meios de comunicação locais.

#### **15. FINANCIAMENTO**

O presente estudo está inserido no Projeto AQUARES que recebeu financiamento do Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde no montante de R\$ 1.800.000,00 (um milhão e oitocentos mil reais).

## 16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974; 9:208-20.

Andersen R.; Newman J.F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization. *Health and Society.* 1973; 51(1):95-12 Andersen R.; Newman J.F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization. *Health and Society*, vol. 51, n. 1, 1973 (pp. 95–124).

Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995; 36:1-10.

Andrade MV, Kenya VMSN, Menezes RM, Souza MN, Reis CB, Martins DR, Gomes L. Desigualdade Socioeconômica no Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil: um Estudo Comparativo entre as Regiões Brasileiras em 1998 e 2008. *Economia Aplicada*, 2013;17(4):623-645.

Assis MMA Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc saúde coletiva.* 2003; 8(3):815-823.

Bahia L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2005.

Baldani MH, Brito WH, Lawder JAdC, Mendes YBE, Silva FdFMd, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(1):150-62.

Barros MBdA, Francisco PMSB, Lima MG, César CLG. Social inequalities in health among the elderly. *Cadernos de saude publica.* 2011;27(supl.2):s198-s208.

Baptista TWF. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz; 2007.

Benedetti TRB, Mello ALSFd, Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológico. *Ciênc saúde coletiva.* 2007:1683-90.

Bos AM. Health care provider choice and utilization among the elderly in a state in Brazil: a structural model. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health.* 2007;22(1):41-50.

Chen IJ, Chou CL, Yu S, Cheng SP. Health services utilization and cost utility analysis of a walking program for residential community elderly. *Nursing economic\$.* 2008;26(4):263-9.

Cordova MI, Mier N, Curi EJ, Gomez TG, Quirarte NH, Barrios FF. Personal and social determinants of health services utilization by Mexican older people. *International journal of older people nursing.* 2010;5(3):193-201.

Dilélio AS. Acesso e utilização da assistência médica ambulatorial ao adulto na rede de serviços de saúde do Brasil [tese]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2014.

Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990;114:1115-8.

Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly.* 1966; 44( 3):166-206.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2006; 11(3):669-681.

Facchini LA, Thumé E, Nunes BP, Silveira D, Siqueira FCV, Silva SM, Pinto HÁ, Fassa AG, Garcia LP, Tomasi E. Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. Trabalho apresentado no 30th Anniversary Symposium of the Takemi Program, Harvard School of Public Health, Boston, outubro de 2013.

Facchini L, Nunes B, Saes M, Silva S, Tomasi E, Siqueira F, et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, editores. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro.* Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 844-92

Fernandes LC, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4):595-603.

Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198.

Green L A, Fryer G E, Jr. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001;344(26):2021-5.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Dados populacionais. Rio de Janeiro: IBGE; 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de saude publica*. 2003;19(3):745-57.

Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ESd. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de saude publica*. 2008;42(4):733-40.

Martins AMEdBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2007;22(5):308-16.

Martins AMEdBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cadernos de saude publica*. 2008;24(1):81-92.

Mcintyre, D; Mooney, G. *The economics of health equity*. New York: Cambridge University; 2007.

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

Noronha KVMdS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2005;17(5/6):410-8.

Nunes BP, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas a falta de acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. No prelo 2014.

Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58(8):655-8.

Organización Panamericana de la Salud. *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington: OPS; 2008.

Paim, J.; Travassos, C.; Almeida, C.; Bahia, L.; Macinko. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.

Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciencia & saude coletiva*. 2011;16(6):2935-44.

Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981; 19:127-40

Ribeiro MSSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):1011-1022.

Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de saúde pública*. 2008;24(10):2267-78.

Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Revista de saúde pública*. 2009;43(4):604-12.

Rothman K J, Greenland S. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998..

Rouquayrol MZ, Filho NA. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

Salinas JJ, Al Snih S, Markides K, Ray LA, Angel RJ. The rural-urban divide: health services utilization among older Mexicans in Mexico. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*. 2010;26(4):333-41.

Sanchez-Garcia S, de la Fuente-Hernandez J, Juarez-Cedillo T, Mendoza JM, Reyes-Morales H, Solorzano-Santos F, et al. Oral health service utilization by elderly beneficiaries of the Mexican Institute of Social Security in Mexico city. *BMC health services research*. 2007;7:211.

Sanjel S, Mudbhari N, Risal A, Khanal K. The utilization of health care services and their determinants among the elderly population of Dhulikhel municipality. *Kathmandu University medical journal (KUMJ)*. 2012;10(37):34-9.

Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(5):1431-1440.

Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(9):3807-3816.

Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saude soc*. [online]. 2007;16(3):85-91

Souza EHAd, Oliveira PAPd, Paegle AC, Goes PSAAd. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(8):2063-70.

Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: Starfield B, organizador. *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; 2002. p. 207-45.

Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(Supl. 1):38-45.

Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Revista de saúde pública*. 2010;44(6):1102-11.

Travassos C, VIACAVA F, FERNANDES C, ALMEIDA CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):133-149.

Travassos, C. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5/6):365-73.

Travassos, C.; Martins M.. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publ*.2004;20:S190-S198.

Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cadernos de saúde pública*. 2007;23(10):2490-502.

Travassos, C.; Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: E. Giovanella L (Ed.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p.215-46

Vegda K, Nie JX, Wang L, Tracy CS, Moineddin R, Upshur RE. Trends in health services utilization, medication use, and health conditions among older adults: a 2-year retrospective chart review in a primary care practice. *BMC health services research*. 2009;9:217.

Veras R, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(10):2479-2489.

Viacava F, Ugá MAD, P S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(4):921-924.



## APÊNDICE

### Apêndice I. Estudos sobre utilização e acesso aos serviços de saúde.

Autor	Ano	Local	Amostra	Objetivo do estudo	Principais Achados
Paskulin et al	2011	Porto Alegre, RS, Brasil	292	Descrever a utilização e acesso geográfico de idosos a serviços de atenção básica (SAB) e analisar a associação entre variáveis de interesse do estudo e a utilização dos serviços de atenção básica.	Os serviços de Atenção Básica foram utilizados por 49,7% da amostra durante os seis meses anteriores à entrevista. Não houve associação significativa entre a utilização de um serviço de Atenção Básica e as variáveis sexo e idade, e presença de companheiro. Houve associação significativa com a escolaridade, condição subjetiva de saúde e ser portador de condição crônica.
Rodrigues et al.	2008	Norte e Nordeste, Brasil	4003	Avaliar a utilização de serviços ambulatoriais por idosos.	A proporção de idosos que usou serviços ambulatoriais foi de 32,4%. A quantidade de idosos que consultaram foi maior no Sul (36%) do que no Nordeste (29%). Em ambas as regiões, a utilização de serviços de atenção básica foi maior em idosos em piores condições socioeconômicas, porém aqueles com maiores necessidades de cuidados foram atendidos em outros locais. O uso da unidade básica de saúde de abrangência associou-se à redução de renda familiar e melhor autopercepção de saúde na Região Sul, enquanto que na Região Nordeste esteve associada à diminuição da escolaridade, pior autopercepção de saúde, não ter limitação para três ou mais atividades da vida diária e ao modelo PSF.

Rodrigues et al	2009	Norte e Nordeste, Brasil	2889	Avaliar a utilização de serviços de saúde entre idosos portadores de doenças crônicas.	A prevalência de consulta médica nos últimos seis meses foi de 45% no Sul e de 46% no Nordeste. A prevalência de participação em grupos de atividades educativas no último ano foi de 16% na região Sul e de 22% na região Nordeste. Nas duas regiões, o uso dos serviços foi maior por idosos com idade inferior a 80 anos, baixa escolaridade e residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde com Programa Saúde da Família.
Lima-Costa et al	2003a	Brasil	29976	Descrever as condições de saúde e o uso de serviços de saúde da população idosa brasileira.	Taxa de utilização maior entre os idosos de maior renda (22% contra 16% de renda inferior), e que apenas 0,6% procuraram o serviço de saúde e não foram atendidos. A procura sem atendimento e a não-procura por atendimento médico nas duas últimas semanas foram mais frequentes entre idosos com menor renda domiciliar. A filiação a um plano privado de saúde foi menos frequente entre idosos com pior renda domiciliar per capita.
Lima-Costa et al	2003b	Brasil	19068	Examinar as associações existentes entre a situação socioeconômica dos idosos brasileiros e alguns indicadores das condições de saúde, da mobilidade física e do uso de serviços de saúde.	Os idosos com renda mais baixa apresentaram piores condições de saúde (pior percepção da saúde, interrupção de atividades por problemas de saúde, ter estado acamado e relato de algumas doenças crônicas), pior função física (avaliada através de seis indicadores) e menor uso de serviços de saúde (menor procura e menos visitas a médicos e dentistas).

Louvison et al	2008	São Paulo, Brasil	2146	Analisar os fatores relacionados à determinação e às desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde por idosos.	Identificou 83% de utilização de serviços de saúde. Os principais motivos citados para a não utilização dos serviços, mesmo precisando, foram relacionados às questões da gravidade da doença, à auto-medicação e, ainda, à qualidade, distância e custo dos serviços. O uso de serviços foi maior em idosos com pior autopercepção de saúde, presença de doenças, seguro de saúde privado e sexo feminino. A presença de diabetes apresentou uma associação mais forte que as outras doenças. A escolaridade apresentou comportamento contrário à renda. A interação renda e escolaridade, assim como ter frequentado escola foram significativas na regressão multivariada.
Barros et al	2011	Campinas, São Paulo, Brasil	1518	avaliar desigualdades sociais no estado de saúde, comportamentos de saúde e uso de serviços segundo o nível de escolaridade.	Idosos com nove anos ou mais de estudo apresentaram uma prevalência 40% maior que aqueles com menos de 4 anos de estudo, após ajustado por sexo, idade e número de doenças crônicas.
Travassos e Viacava	2007	Brasil	6.366 na zona urbana e 6.220 na zona rural	Analisar o acesso aos serviços de saúde e sua utilização por idosos residentes em áreas rurais no Brasil em 2003, comparando os padrões observados com idosos residentes em área urbana e com o padrão existente em 1998.	A proporção de idosos que consultou o médico no último ano, a continuidade do cuidado, a proporção que consultou o dentista e a cobertura de mamografia observadas nos idosos rurais foram expressivamente mais baixas do que nos idosos urbanos. Mesmo analisando aqueles que referiram problema de saúde, a utilização de serviços de saúde foi menor nos idosos rurais do que nos urbanos; mas não se observou diferença nas taxas de internação entre esses dois grupos.

Bos	2007	Rio Grande do Sul, Brasil	7920	Avaliar a associação entre presença de estabelecimentos de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros.	72% dos idosos procuraram e receberam serviços de saúde pelo menos uma vez durante 6 meses antes do estudo. Destes, 55% usaram o SUS, enquanto 45% usaram um prestador privado. Utilização de serviços de saúde pelos idosos foi condicionada por dois fatores: o número de fornecedores em nível municipal e renda familiar. Os idosos que vivem em municípios com maior número de clínicas e prestadores ambulatoriais públicos, eram mais propensos a usar o sistema público. Os pacientes que utilizaram o sistema público de saúde tinham pior auto-avaliação do estado de saúde do que aqueles que utilizam o sistema privado
Sanjel	2012	Nepal	200	Examinar a utilização de serviços de saúde e analisar os fatores associados com a utilização na população idosa de Dhulikhel	A proporção de utilização de serviços de saúde em idosos no período de um ano foi de 68%. Maior idade, situação conjugal, maior dependência para realização de atividades diárias e presença de doenças crônicas apresentaram associação significativa com maior utilização de serviços, em uma análise bivariada.
Córdova et al	2009	México	42876	Examinar aspectos individuais e sociais e a associação com a utilização de serviços de saúde entre idosos mexicanos.	29% dos idosos relataram ter tido algum problema de saúde nas últimas 4 semanas. Desses, 77% procuraram algum profissional de saúde e foram atendidos. As principais razões para não procurar atendimento médico incluíram o elevado custo dos serviços, dificuldades com o agendamento, a distância entre a casa e o serviço de saúde e percepção de ineficiência dos serviços médicos. Os determinantes da utilização dos cuidados de saúde foram: ter um cuidador durante uma doença; perceber ter um

					problema de saúde; ser capaz de comprar comida, e ter filhos.
Salinas et al,	2010	México	15186	Analisar a diferença na utilização de serviços de saúde entre idosos vivendo em áreas urbanas e rurais no México.	Demonstrou diferenças na realização de hospitalização entre a população de área urbana e rural, com maior prevalência na população urbana. Grande parte dessa diferença foi justificada pela posse de cobertura de planos de saúde.
Noronha e Andrade	2005	São Paulo, Santiago, Havana, Cidade do México e Montevidéu		avaliar a desigualdade na utilização dos serviços de saúde entre os idosos de Buenos Aires, São Paulo, Santiago, Havana, Cidade do México e Montevidéu.	Identificou-se a presença de desigualdade no uso de serviços ambulatoriais em Santiago, na Cidade do México e em São Paulo. Em Santiago e na Cidade do México, quanto maior o nível educacional, maior o número esperado de consultas. Em São Paulo, o número esperado de consultas foi 24,72% menor para os idosos mais escolarizados. Para os serviços de internação hospitalar, a presença de desigualdade foi detectada apenas em São Paulo.
Vegda et al	2009	Canadá	2450	Mensurar o uso de serviços de saúde por pacientes idosos, condições de saúde, e uso de medicação na atenção primária à saúde.	Maior utilização de serviços de saúde foi associada ao sexo feminino e faixa etária mais avançada. a utilização de consultas médicas foi 34% maior nos idosos com mais de 80 anos. A proporção de utilização em mulheres foi 11% maior em relação aos homens.

Thumé et al	2010	Rio Grande do Sul, Brasil	1593	avaliar fatores associados à assistência domiciliar recebida pela população idosa, segundo modelo de atenção	<p>Nas áreas de atenção tradicional esteve associado ao maior número de assistência domiciliar, a renda (os idosos com renda superior a três salários mínimos apresentaram probabilidade 5,2 vezes maior de receber assistência domiciliar, comparados ao grupo que recebia até um salário mínimo), história prévia de AVC, câncer e sinais de demência e idosos com incapacidade funcional para atividades da vida diária. Nas áreas da Estratégia Saúde da Família, o aumento da idade, não saber ler e escrever história prévia de AVC; presença de sinais de demência; depressão; história de queda; e presença de incapacidade funcional mantiveram associação com maior probabilidade de receber assistência domiciliar nos três meses anteriores a realização da entrevista.</p>
-------------	------	---------------------------	------	--	---

Martins et al	2007	Brasil	5009	Investigar a utilização de serviços odontológicos e seus determinantes entre idosos brasileiros.	O estudo encontrou uma prevalência de 18,8% de utilização de serviços odontológicos. Entre dentados, o uso foi maior entre aqueles com maior escolaridade, que percebiam sua mastigação como péssima/ruim e que relataram sensibilidade dolorosa; e menor entre os que não receberam informações sobre saúde bucal, que percebiam sua saúde bucal como ruim/péssima, que tinham menor renda per capita, que precisavam de prótese e já a usavam, que precisavam de prótese e não a usavam, que tinham problemas periodontais e maior número de dentes extraídos. Entre edentados, o uso foi maior entre aqueles com maior escolaridade e os que relataram sensibilidade dolorosa; e menor entre os idosos identificados como não-brancos e os que não receberam informações sobre saúde bucal.
Martins et al	2008	Brasil	1014	Investigar o uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados residentes na Região Sudeste do Brasil, participantes do inquérito saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 2002/2003.	18% usaram serviços odontológicos há menos de um ano, 82% usaram há um ano ou mais. A menor prevalência de uso foi evidenciada entre os residentes da zona rural; entre aqueles com menor renda per capita; entre os que perceberam sua aparência como péssima em função dos dentes ou gengivas






Benedetti et al	2007	Florianópolis, SC, Brasil	875	Analisar a autopercepção sobre condições de saúde bucal e uso dos serviços odontológicos, e a associação com variáveis sociodemográficas.	A proporção de utilização foi de 10,7%, sendo que a procura por atendimento foi de 48%. 12,9% foram atendidos em instituições gratuitas. A utilização de serviços odontológicos foi associada à necessidade de próteses dentárias e à utilização de serviços médicos, considerando os últimos três meses anteriores à pesquisa.
Baldani et al	2010	Ponta Grossa, PR, Brasil	246	identificar os fatores individuais associados à utilização de serviços odontológicos por parte de adultos e idosos de baixa renda residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em Ponta Grossa, PR.	19,5% dos indivíduos haviam utilizado serviços odontológicos no último ano
Sánchez-García et al	2007	México	700	Descrever a utilização de serviços odontológicos e sua associação com características sociodemográficas e comorbidades em idosos no México.	O estudo demonstrou uma prevalência de utilização de serviços odontológicos nos últimos 12 meses de 53,6%. 81% dos que utilizaram o serviço obtiveram por meio de serviços privados, 12,8% por meio do seguro social e 6,2% através de serviços públicos. Mulheres tiveram uma chance 2 vezes maior de utilização. Pessoas com mais de 6 anos de estudo apresentam uma chance 60% maior quando comparados ao grupo de menor escolaridade.

Souza et al	2012	Brasil	5108	Avaliar raça e utilização dos serviços odontológicos por idosos	Dos brancos 3,8% afirmaram nunca terem ido ao dentista enquanto que para os negros esse valor é de 7,8%. Mesmo após o ajuste com interceptação de necessidade de prótese e dor, a chance do idoso negro não ter utilizado o serviço odontológico pelo menos uma vez na vida é 30% menor que para um idoso branco. A associação foi mantida após ajuste para sexo, idade, necessidade de prótese e renda .
-------------	------	--------	------	---	---

## ANEXOS

## Anexo 1 – Instrumento familiar

	<p><b>Universidade Federal de Pelotas</b>  <b>Centro de Pesquisas Epidemiológicas</b>  <b>Departamento de Medicina Social</b></p>		
<p><b>AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA CASA E SOBRE AS PESSOAS</b></p> <p><b>QUE MORAM COM O(A) SR.(SRA)</b></p>			
<p><b>Grupo populacional:</b> (1) Criança / Mulher (2) Adulto (3) Idoso</p> <p><b>Região:</b> __</p> <p><b>Estado:</b> __ __</p> <p><b>Município:</b> __ __ __</p> <p><b>Setor:</b> __ __ __</p> <p><b>Entrevistador:</b> __ __</p> <p><b>Domicílio:</b> __ __</p> <p><b>Número de identificação:</b> _____</p>		<p>Grupop __</p> <p>Região __</p> <p>Estado __ __</p> <p>Munic __ __ __</p> <p>Setor __ __ __</p> <p>Entrev __ __</p> <p>Domic __ __</p>	
<p><b>AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE A MORADIA</b></p>			
<p><b>1. O domicílio tem água encanada?</b>          (0) Não          (1) Sim, dentro de casa          (2) Sim, no pátio (9) IGN</p> <p><b>2. Para onde vai o lixo?</b>          (1) É recolhido pelo caminhão          (2) É enterrado          (3) É queimado          (4) É jogado fora do pátio          (5) Outro:          Qual: _____ (88) NSA (99) IGN</p> <p><b>3. (!) Tipo de casa:</b>          (01) tijolo c/ reboco (02) tijolo s/ reboco (03) apartamento          (04) mista (madeira e tijolo) (05) madeira regular (06) madeira irregular          (07) papelão ou lata (08) barro (09) palha          (10) lona ( ) outro: _____</p>		<p>Agua __</p> <p>Lixo __</p> <p>Oulix __ __</p> <p>Tipcas __</p>	

**AGORA EU GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE EMPREGADOS, BANHEIRO E ELETRODOMÉSTICOS QUE VOCÊS TÊM EM CASA.**

**POR FAVOR, ME DIGA SE TEM E A QUANTIDADE DO QUE EU VOU FALAR.**

**4. Vocês têm em casa?**

Empregada mensalista?	(0) (1) (2) (3) (4) ou mais	Empre __
Banheiro?	(0) (1) (2) (3) (4) ou mais	Ban __
Televisão colorida?	(0) (1) (2) (3) (4) ou mais	Tvcor __
Rádio?	(0) (1) (2) (3) (4) ou mais	Rad __
Automóvel (carro)?	(0) (1) (2) (3) (4) ou mais	Auto __
Geladeira?	(0) (1) ou mais	Gelad __
Freezer?	(0) (1) ou mais	Freez __
Videocassete ou DVD?	(0) (1) ou mais	Vcdvd __
Lavadora de roupa?	(0) (1) ou mais (9) IGN	Lavrou __

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE AS PESSOAS QUE MORAM COM O SR(A) E**

**SOBRE A RENDA DE SUA FAMÍLIA**

<b>5. No total, quantas pessoas moram nesta casa?</b> __ __ pessoas	(99) IGN	Morad __ __
<b>6. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria)</b>		
Pessoa 1 R\$ _____		
Pessoa 2 R\$ _____		R1 _____
Pessoa 3 R\$ _____		R2 _____
Pessoa 4 R\$ _____	(99999) IGN - não respondeu / não sabe	R3 _____
		R4 _____
<b>7. No mês passado, algum dos moradores recebeu bolsa família ou algum outro benefício do governo?</b>		
Bolsa Família	(0000) Não R\$ _____ por mês	
Aposentadoria por invalidez	(0000) Não R\$ _____ por mês	Bfam _____
Aposentadoria (idade / tempo de serviço)	(0000) Não R\$ _____ por mês	Apnv _____
Auxílio-doença	(0000) Não R\$ _____ por mês	Apos _____
Seguro-desemprego	(0000) Não R\$ _____ por mês	Auxd _____
		Segde _____



**14. SE SIM: Que tipo de trabalho faz?**

Tiptra \_\_ \_\_ \_\_

(888) NSA (999) IGN

**15. Em que tipo de firma trabalha?**

Firma \_\_ \_\_

(88) NSA (99) IGN

**16. O <CHEFE DA FAMILIA> trabalha de empregado, patrão ou conta própria?**

Empreg \_\_

(1) empregado com carteira assinada

(2) empregado sem carteira assinada

(3) conta própria

(4) patrão (empregador)

(5) não remunerado

(8) NSA (9) IGN

**17. SE NÃO ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE: Qual a situação atual de trabalho do <CHEFE DA FAMILIA>?**

(8) NSA (9) IGN

Procur \_\_

Está procurando emprego

(0) Não (1) Sim

Apose \_\_

Está aposentado

(0) Não (1) Sim

Encos \_\_

Está encostado por problema de saúde

(0) Não (1) Sim

Estud \_\_

Está estudando

(0) Não (1) Sim

Outsit \_\_

Outra situação




(0) Não (1) Sim

Qoutsit \_\_ \_\_

Qual: \_\_\_\_\_ (88) NSA (99) IGN

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!!!**

**Anexo 2 – Instrumento individual contendo apenas as questões referentes ao presente projeto.**

	<p><b>Universidade Federal de Pelotas</b>  <b>Centro de Pesquisas Epidemiológicas</b>  <b>Departamento de Medicina Social</b></p>		
<b>VAMOS FAZER SUA IDENTIFICAÇÃO</b>			
<p><b>Grupo populacional:</b> (1) Criança / Mulher (2) Adulto (3) Idoso</p> <p><b>Região:</b> __</p> <p><b>Estado:</b> __ __</p> <p><b>Município:</b> __ __ __</p> <p><b>Setor:</b> __ __ __</p> <p><b>Entrevistador:</b> __ __</p> <p><b>Domicílio:</b> __ __</p> <p><b>Indivíduo elegível:</b> __ __</p> <p><b>Número de identificação:</b> _ _ _ _ _</p> <p><b>18. Qual é o seu nome?</b> _____</p> <p><b>19. Qual o seu endereço?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>20. Qual o telefone para contato? ( _ _ )</b> _____</p> <p><b>21. Qual é a sua idade?</b> __ __ __ (anos completos)</p> <p><b>22. (!) Sexo:</b> (1) Masculino (2) Feminino</p> <p><b>23. Qual é a sua cor:</b> _____ (9) IGN</p> <p>(1) Branca (branco, clara, pele clara)</p> <p>(2) Amarela (orientais)</p> <p>(3) Parda (pardo, pardo claro)</p> <p>(4) Morena (moreno, moreno claro, moreno escuro, moreno jambo)</p> <p>(5) Indígena</p> <p>(6) Mulata (mulato, mulato claro, mulato escuro)</p> <p>(7) Mestiça (mestiço, miscigenado, caboclo, misto, mameluco, híbrido)</p> <p>(8) Preta (preto, pele escura, negro, africano)</p>		<p>Grupop __</p> <p>Região __</p> <p>Estado __ __</p> <p>Munic __ __ __</p> <p>Setor __ __ __</p> <p>Entrev __ __</p> <p>Domic __ __</p> <p>Indiv __ __</p> <p>Idade __ __ __</p> <p>Sexo __</p> <p>Pele __</p>	



<b>24. O(A) Sr(a) sabe ler e escrever?</b> (0) Não → PULE PARA 9 (1) Sim (9) IGN	Ler __
<b>25. Até que série o(a) Sr(a) completou na escola?</b> (8 / 8) NSA (9 / 9) IGN __ série do __ grau (0 / 0) = sabe ler e escrever e não completou série na escola	Serie __ Grau __
<b>26. Atualmente, o Sr(a) vive com companheiro(a)?</b> (9) IGN (0) Não (1) Sim	Vivcomp __
<b>27. Qual seu estado civil atual?</b> (9) IGN (1) Solteiro (2) Casado (3) Separado / divorciado (4) Viúvo(a)	Conjug __

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMA DE PRESSÃO**

<b>109. Algum médico lhe disse que o Sr(a) tem hipertensão (pressão alta)?</b> (9) IGN (0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 120 (1) Sim	Hipert __
<b>110. O Sr(a) consultou com médico por hipertensão (pressão alta) desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b> (8) NSA (9) IGN (0) Não → PULE PARA 120 (1) Sim	Cshas __
<b>111. SE SIM: Quantas vezes o Sr(a) consultou com médico por hipertensão (pressão alta) desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b> (88) NSA (99) IGN __ __ vezes	Xcshas __ __
<b>112. SE SIM: Quando foi a última vez que o Sr(a) consultou com médico por hipertensão (problema de pressão)?</b> (8) NSA (9) IGN (1) No último mês (nos últimos 30 dias) (2) Mais de 1 mês até 6 meses (3) Mais de 6 meses até um ano	Ulcshas __
<b>113. SE SIM: Onde o Sr(a) consultou com médico por hipertensão (problema de pressão) da última vez?</b> (88) NSA (99) IGN (01) Posto de Saúde (02) Ambulatório do hospital (03) Ambulatório da faculdade (04) Centro de especialidades (05) Sindicato ou empresa / Associação de bairro (06) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde (07) Consultório particular (08) Pronto-socorro do SUS (09) Pronto-atendimento particular / convênio	Lochas __ __

(10) Outro			
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qlochas __ __
<b>114. O Sr(a) fez eletrocardiograma (ECG) desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b>	(0) Não	(1) Sim	Ecg __
	(8) NSA	(9) IGN	
<b>115. O Sr(a) participa ou já participou de grupo(s) de ajuda para controlar a pressão desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b>	(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 120		Grhas __
	(8) NSA	(9) IGN	
(1) Sim			
<b>116. SE SIM: Onde aconteceu(eram) este(s) grupo(s) para controlar a pressão desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Posto de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Ubs12 __
Ambulatório do hospital	(0) Não	(1) Sim	Amhos12 __
Ambulatório da faculdade	(0) Não	(1) Sim	Amfa12 __
Centro de especialidades	(0) Não	(1) Sim	Cesp12 __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não	(1) Sim	Sinba12 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Cvpl12 __
Consultório particular	(0) Não	(1) Sim	Medp12 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outgr12 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Ondgr12 __ __
<b>117. SE SIM: Quantas vezes participou deste(s) grupo(s) para controlar a pressão desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b>	(88) NSA	(99) IGN	Xgrhas __ __
__ __ vezes			
<b>118. No último encontro do grupo:</b>	(8) NSA	(9) IGN	
O Sr(a) foi pesado	(0) Não	(1) Sim	Peshas __
O Sr(a) teve sua pressão medida	(0) Não	(1) Sim	Pahas __
O Sr(a) recebeu orientações sobre os malefícios do excesso de sal	(0) Não	(1) Sim	Malsal __
O Sr(a) recebeu orientações sobre os malefícios do excesso de gordura em sua alimentação	(0) Não	(1) Sim	Malfrit __
O Sr(a) recebeu orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de bebidas estimulantes (café, chimarrão)	(0) Não	(1) Sim	Malbest __
O Sr(a) recebeu orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de bebidas alcoólicas	(0) Não	(1) Sim	Malalc __
O Sr(a) recebeu orientações para manter seu peso ideal	(0) Não	(1) Sim	Mantpes __
O Sr(a) recebeu orientações para medir regularmente sua pressão	(0) Não	(1) Sim	Regpa __
O Sr(a) recebeu orientações para realizar atividade física regularmente	(0) Não	(1) Sim	Regatf __

<p>O Sr(a) recebeu orientações sobre como tomar sua medicação (0) Não (1) Sim</p> <p><b>119. O Sr(a) acredita que sua participação no grupo(s) lhe ajudou a controlar sua pressão?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Orimed __</p> <p>Contrpa __</p>
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMA DE AÇÚCAR NO SANGUE</b>	
<p><b>120. Algum médico lhe disse que o Sr(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)?</b> (9) IGN</p> <p>(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 133</p> <p>(1) Sim</p>	<p>Diabet __</p>
<p><b>121. O Sr(a) consultou com médico por diabetes (açúcar alto no sangue) desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Não → PULE PARA 125 (1) Sim</p>	<p>Csdm __</p>
<p><b>122. SE SIM: Quantas vezes o Sr(a) consultou com médico por diabetes (açúcar alto no sangue) &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b> (88) NSA (99) IGN</p> <p>__ __ vezes</p>	<p>Xcsdm __ __</p>
<p><b>123. SE SIM: Quando foi a última vez que o Sr(a) consultou com médico por diabetes (açúcar alto no sangue)?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>(1) No último mês (nos últimos 30 dias)</p> <p>(2) Mais de 1 mês até 6 meses</p> <p>(3) Mais de 6 meses até um ano</p>	<p>Ultcsdm __</p>
<p><b>124. SE SIM: Onde o Sr(a) consultou com médico por (açúcar alto no sangue) da última vez?</b> (88) NSA (99) IGN</p> <p>(01) Posto de Saúde</p> <p>(02) Ambulatório do hospital</p> <p>(03) Ambulatório da faculdade</p> <p>(04) Centro de Especialidades</p> <p>(05) Sindicato ou empresa / Associação de bairro</p> <p>(06) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde</p> <p>(07) Consultório particular</p> <p>(08) Pronto-socorro do SUS</p> <p>(09) Pronto-atendimento particular / convênio</p> <p>(10) Outro</p> <p>Qual: _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>Locdm __ __</p> <p>Qlocdm __ __</p>
<p><b>125. Algum profissional de saúde examinou seus pés desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Exapes __</p>
<p><b>126. O Sr(a) fez exame de sangue em jejum no laboratório para medir o açúcar desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b></p>	<p>Exagli __</p>

(0) Não →PULE PARA 128	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	
<b>127. SE SIM: Quantas vezes o Sr(a) fez exame de sangue em jejum no laboratório desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b>		(88) NSA (99) IGN	Xexgli __ __
__ __ vezes			
<b>128. O Sr(a) participa ou participou de grupo(s) de ajuda para controlar o açúcar no sangue desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b>		(8) NSA (9) IGN	Grudm __
(0) Não→PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 133	(1) Sim		
<b>129. SE SIM: Onde aconteceu(eram) este(s) grupo(s) para controlar o açúcar no sangue desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b>		(8) NSA (9) IGN	
Posto de Saúde	(0) Não (1) Sim		Ubs13 __
Ambulatório do hospital	(0) Não (1) Sim		Amhos13 __
Ambulatório da faculdade	(0) Não (1) Sim		Amfa13 __
Centro de especialidades	(0) Não (1) Sim		Cesp13 __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não (1) Sim		Sinba13 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não (1) Sim		Cvpl13 __
Consultório particular	(0) Não (1) Sim		Medp13 __
Outro	(0) Não (1) Sim		Outgr13 __
Qual: _____		(88) NSA (99) IGN	Ondgr13 __ __
<b>130. SE SIM: Quantas vezes participou deste(s) grupo(s) para controlar o açúcar no sangue desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b>		(88) NSA (99) IGN	Xgrudm __ __
__ __ vezes			
<b>131. No último encontro do grupo:</b>		(8) NSA (9) IGN	
O Sr(a) foi pesado	(0) Não (1) Sim		Pesdm __
O Sr(a) recebeu orientações sobre os malefícios do excesso de açúcar em sua alimentação	(0) Não (1) Sim		Dmdoce __
O Sr(a) recebeu orientações sobre os malefícios do excesso de gordura em sua alimentação	(0) Não (1) Sim		Dmfrit __
O Sr(a) recebeu orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de bebidas alcoólicas	(0) Não (1) Sim		Dmalc __
O Sr(a) recebeu orientações para manter seu peso ideal	(0) Não (1) Sim		Dmpeso __
O Sr(a) recebeu orientações para medir o açúcar no sangue regularmente	(0) Não (1) Sim		Medgli __
O Sr(a) recebeu orientações para realizar atividade física regularmente	(0) Não (1) Sim		Dmatfi __
O Sr(a) recebeu orientações sobre como tomar sua medicação	(0) Não (1) Sim		Dmreme __
<b>132. O Sr(a) acredita que sua participação no grupo(s) lhe ajudou a controlar seu açúcar no sangue?</b>		(8) NSA (9) IGN	Ajudm __
(0) Não (1) Sim			













Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não (1) Sim	Sinba14 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não (1) Sim	Cvpl14 __
Consultório particular	(0) Não (1) Sim	Medp14 __
CAPS	(0) Não (1) Sim	Caps14 __
Outro	(0) Não (1) Sim	Outgr14 __
Qual: _____	(88) NSA (99) IGN	Ondgr14 __ __
<b>140. SE SIM: Quantas vezes participou deste(s) grupo(s) para controlar o problema de nervos &lt;DESDE UM ANO ATRÁS&gt;?</b> __ __ vezes	(88) NSA (99) IGN	Xgrnerv __ __
<b>141. O Sr(a) acredita que sua participação no grupo(s) lhe ajudou a controlar seu problema de nervos?</b> (0) Sim (1) Não	(8) NSA (9) IGN	Ajunerv __

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL**

<b>142. Desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora, esteve internado em algum hospital?</b> (0) Não (1) Sim → PULE PARA 147 (9) IGN	Hsp __
<b>143. SE NÃO: Apesar de o Sr (a) não ter internado, houve indicação médica para internar desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b> (9) IGN (0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 176  (1) Sim, houve indicação, mas não internou → APLIQUE 144, 145, 146 E PULE PARA ORIENTAÇÃO ANTERIOR A 176	Pqhsp __
<b>144. Por qual motivo o médico lhe indicou a internação no hospital?</b> (8) NSA (9) IGN (1) Para fazer cirurgia ou operação de urgência (2) Para fazer cirurgia ou operação que não era de urgência (3) Para fazer o tratamento clínico de uma doença (4) Para ter filho (5) Somente para fazer exames (6) Outro Qual: _____ (88) NSA (99) IGN	Hspmot1 __          Qmotint __ __
<b>145. Por que o Sr(a) não internou no hospital, se teve indicação?</b> (8) NSA (9) IGN Falta de leito (0) Não (1) Sim Ausência de transporte (0) Não (1) Sim Não pode pagar (0) Não (1) Sim Achou que não precisava (0) Não (1) Sim Por medo (0) Não (1) Sim	Hspnlei __ Hspntra __ Hspnpag __ Hspnpre __ Hspnmed __

Por compromissos com a família ou no trabalho	(0) Não (1) Sim	Hspnpod __
Outro	(0) Não (1) Sim	Hspnout __
Qual: _____	(88) NSA (99) IGN	Qhspout __ __
<b>146. (#) O que aconteceu com o Sr(a) se teve indicação para internar no hospital e não internou?</b>	(8) NSA (9) IGN	Hspfim __
(0) Piorou		
(1) Continua como antes		
(2) Melhorou um pouco		
(3) Melhorou bastante		
(4) Curou / resolveu		
<b>147. SE INTERNOU: Quantas vezes o Sr(a) foi internado em hospital desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b>	(88) NSA (99) IGN (00) nenhuma vez	
Até um mês (nos últimos 30 dias) : __ __ vezes		Ho1mes __ __
Mais de 1 mês até 3 meses atrás: __ __ vezes		Hoate3 __ __
Mais de 3 meses até 6 meses atrás: __ __ vezes		Hoate6 __ __
Mais de 6 meses até 1 ano atrás: __ __ vezes		Ho1ano __ __
<b>AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE O SR(A) INTERNOU NO HOSPITAL</b>		
<b>148. Qual foi o motivo da internação desta última vez?</b>	(888) NSA (999) IGN	Hspqmo __ __ __
_____		
<b>149. Que serviço lhe encaminhou para a internação?</b>	(88) NSA (99) IGN	Hsqquenc __ __
(01) Posto de saúde		
(02) Pronto-socorro do SUS		
(03) Pronto-atendimento do convênio / plano de saúde		
(04) Ambulatório de hospital		
(05) Ambulatório de faculdade		
(06) Centro de especialidades		
(07) Sindicato ou empresa / Associação de bairro		
(08) Consultório por convênio ou plano de saúde		
(09) Consultório particular		
(10) CAPS		
(11) Outro hospital		
(12) Outro		
Qual: _____	(88) NSA (99) IGN	

<p><b>150. O Sr(a) gastou algum dinheiro na última internação?</b> (8) NSA (9) IGN  (0) Não → PULE PARA 152 (1) Sim</p>	<p>Qhsenc __ __  Hspdin __</p>
<p><b>151. SE SIM: Quanto?</b> (88888) NSA (99999) IGN  R\$ _____</p>	<p>Hspqto _____  __</p>
<p><b>152. A internação foi por algum convênio, particular ou SUS?</b> (8) NSA (9) IGN  (1) Por algum convênio  (2) Particular  (3) SUS</p>	<p>Hspag __</p>
<p><b>153. Quanto tempo demorou até conseguir internar no hospital?</b>  ____ dias (000) No mesmo dia (888) NSA (999) IGN</p>	<p>Hspltotp _____</p>
<p><b>154. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para internar no hospital?</b>  (8) NSA (9) IGN</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">      </div> <p>(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo</p>	<p>Hspstftp __</p>
<p><b>155. Qual sua opinião sobre o atendimento que recebeu nesta internação no hospital?</b>  (8) NSA (9) IGN</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">      </div> <p>(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo</p>	<p>Hspstfat __</p>
<p><b>156. O hospital que ficou internado(a) é aqui na cidade?</b> (8) NSA (9) IGN  (0) Não (1) Sim → PULE PARA 159</p>	<p>Hspcid __</p>
<p><b>157. SE NÃO: Qual o nome da cidade onde ficou internado(a)?</b> (888) NSA (999) IGN</p> <p>_____</p>	<p>Hspcidx _____</p>
<p><b>158. Por que teve que ir para outra cidade?</b> (8) NSA (9) IGN  (1) Aqui não tem hospital  (2) Aqui não tem médico  (3) Aqui não atendem este tipo de problema  (4) Aqui não tinha leito vago  (5) Aqui tem que pagar</p>	<p>Hsppeq __</p>



(6) Não gosta do atendimento daqui			
(7) Outro motivo			
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qmotcid __ __
<b>159. Como o Sr(a) foi até o hospital para internar?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Caminhando	(0) Não	(1) Sim	Hspcam __
De bicicleta	(0) Não	(1) Sim	Hspbike __
De carroça	(0) Não	(1) Sim	Hspcarça __
De ônibus / lotação / Van / Kombi	(0) Não	(1) Sim	Hspbus __
De ambulância/SAMU	(0) Não	(1) Sim	Hspambu __
Carro da Polícia/ bombeiros	(0) Não	(1) Sim	Hspol __
De carro particular	(0) Não	(1) Sim	Hspcar __
De táxi	(0) Não	(1) Sim	Hsptaxi __
De moto	(0) Não	(1) Sim	Hspmoto __
De barco	(0) Não	(1) Sim	Hspbarco __
De avião	(0) Não	(1) Sim	Hspaviao __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Hspoutro __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Hsqual __ __
<b>160. Foi necessário gastar algum dinheiro para ir (deslocar-se) até o hospital para internar?</b>			Hspgast __
(0) Não → PULE PARA 162	(1) Sim	(9) IGN	
<b>161. SE SIM: Quem pagou para o Sr(a) ir (deslocar-se) até o hospital para internar?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Eu mesmo	(0) Não	(1) Sim	Hspropia __
Prefeitura	(0) Não	(1) Sim	Hsprefet __
Comunidade / associação de moradores	(0) Não	(1) Sim	Hspcomu __
Políticos	(0) Não	(1) Sim	Hspolitic __
Igreja	(0) Não	(1) Sim	Hspigrej __
Parentes, vizinhos ou amigos	(0) Não	(1) Sim	Hspamigo __
<b>162. Quanto tempo de viagem ou de transporte levou para chegar até o hospital?</b>			Hspch __ __
__ __ horas e __ __ minutos	(88/88) NSA	(99/99) IGN	Hspcm __ __

<p><b>163. (#) Depois desta internação, após sair do hospital, o Sr(a) acha que seu problema:</b>  (8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Piorou  (1) Continua como antes  (2) Melhorou um pouco  (3) Melhorou bastante  (4) Curou / resolveu</p>	<p>Hspresv __</p>
<p><b>164. O médico lhe explicou o motivo pelo qual o Sr(a) internou desta última vez?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>Hsexpl __</p>
<p><b>165. Quando o Sr(a) saiu do hospital recebeu um relatório ou atestado ou nota de alta ou algum papel explicando o que aconteceu nesta internação?</b>  (8) NSA (9) IGN  (0) Não (1) Sim</p>	<p>Hsates __</p>
<p><b>166. O Sr(a) saiu do hospital com alguma receita de remédio(s)?</b>  (8) NSA (9) IGN  (0) Não → PULE PARA 170 (1) Sim</p>	<p>Hssare __</p>
<p><b>167. SE SIM: O Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) pelo SUS?</b>  (8) NSA (9) IGN  (0) Não (1) Sim → PULE PARA 170</p>	<p>Hsresus __</p>
<p><b>168. SE NÃO: O Sr(a) comprou algum remédio?</b>  (8) NSA (9) IGN  (0) Não → PULE PARA 170 (1) Algum (2) Todos</p>	<p>Hscomre __</p>
<p><b>169. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou?</b> (8888) NSA (9999) IGN  R\$ _____</p>	<p>Rega _____</p>
<p><b>170. Após esta internação, o Sr(a) se tratou de alguma outra forma além do que o médico lhe receitou nesta internação?</b>  (8) NSA (9) IGN  (0) Não → PULE PARA 172 (1) Sim</p>	<p>Outrat1 __</p>
<p><b>171. SE SIM: O que fez?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>Tomou outro remédio por conta própria (0) Não (1) Sim</p> <p>Tomou algum chá (0) Não (1) Sim</p> <p>Mandou benzer (0) Não (1) Sim</p> <p>Buscou apoio na religião (0) Não (1) Sim</p> <p>Buscou curandeiro (0) Não (1) Sim</p> <p>Reiki (0) Não (1) Sim</p> <p>Acupuntura (0) Não (1) Sim</p> <p>Massagem (0) Não (1) Sim</p> <p>Homeopatia (0) Não (1) Sim</p> <p>Florais (0) Não (1) Sim</p> <p>Outro (0) Não (1) Sim</p> <p>Qual: _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>Atuome1 __</p> <p>Cha1 __</p> <p>Benzer1 __</p> <p>Apoireli __</p> <p>Curande1 __</p> <p>Reiki1 __</p> <p>Acup1 __</p> <p>Masg1 __</p> <p>Homeo1 __</p> <p>Flor1 __</p> <p>Routro1 __</p> <p>Quout1 __</p>

<p><b>172. O Sr(a) saiu do hospital encaminhado para consulta de revisão?</b></p> <p>(8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO 176</p> <p>(1) Sim</p>	<p>Revi1 __</p>
<p><b>173. SE SIM: Para onde foi encaminhado?</b></p> <p>(88) NSA (99) IGN</p> <p>(01) Posto de Saúde</p> <p>(02) Ambulatório do hospital</p> <p>(03) Ambulatório da faculdade</p> <p>(04) Centro de especialidades</p> <p>(05) Sindicato ou empresa / Associação de bairro</p> <p>(06) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde</p> <p>(07) Consultório particular</p> <p>(08) CAPS</p> <p>(09) Outro</p> <p>Qual: _____</p>	<p>Revienc __ __</p> <p>Encrev __ __</p>
<p><b>174. O Sr(a) fez esta consulta de revisão?</b></p> <p>(8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 176</p>	<p>Revics1 __</p>

<p><b>175. SE NÃO FEZ A CONSULTA DE REVISÃO: Qual o motivo?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Não procurou consultar</p> <p>(1) Procurou, mas não conseguiu ficha ou agendamento</p> <p>(2) Procurou, mas não tinha médico para atender no local onde procurou</p> <p>(3) Não tinha como ir marcar a consulta</p> <p>(4) Não tinha médico pelo SUS e não podia pagar</p> <p>(5) Ainda não chegou no prazo</p> <p>(6) Outro</p> <p>Qual: _____</p>	<p>Revinao1 __</p> <p>Qrevnao1 __ __</p>
--	--

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO**

<p>176. <b>O Sr(a) foi atendido em algum pronto-socorro desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b> (9) IGN  (0) Não (1) Sim → PULE PARA 180</p>	<p>Prosoc __</p>
<p>177. <b>SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido, o(a) Sr(a) precisou de atendimento em pronto-socorro desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b> (8) NSA (9) IGN  (0) Não → PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTERIOR A 209   (1) Sim, mas não conseguiu → APLIQUE 178 E 179 E PULE PARA ORIENTAÇÃO ANTERIOR A 209</p>	<p>Pqps __</p>
<p>178. <b>SE PRECISOU CONSULTAR NO PRONTO-SOCORRO E NÃO CONSEGUIU: Por qual motivo o Sr(a) não conseguiu ser atendido no pronto-socorro?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>Estava muito cheio (0) Não (1) Sim</p> <p>Demorou muito e desistiu (0) Não (1) Sim</p> <p>Ausência de transporte (0) Não (1) Sim</p> <p>Não tinha o especialista (0) Não (1) Sim</p> <p>Não quiseram atender (0) Não (1) Sim</p> <p>Outro (0) Não (1) Sim</p> <p>Qual: _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>Pscheio __</p> <p>Demora __</p> <p>Semtran __</p> <p>Semesp __</p> <p>Nqate __</p> <p>Psnconut __</p> <p>Qpsncon __ __</p>
<p>179. <b>(#) O que aconteceu com o seu problema se precisou ser atendido no pronto-socorro e não conseguiu?</b> (8) NSA (9) IGN  (0) Piorou   (1) Continua como antes  (2) Melhorou um pouco  (3) Melhorou bastante  (4) Curou / resolveu</p>	<p>Psfim __</p>
<p>180. <b>SE FOI ATENDIDO: Quantas vezes o Sr(a) foi atendido em pronto-socorro desde &lt;MÊS&gt; do ano passado até agora?</b> (88) NSA (99) IGN (00) nenhuma vez  Até um mês (nos últimos 30 dias): __ __ vezes   Mais de 1 mês até 3 meses atrás: __ __ vezes   Mais de 3 meses até 6 meses atrás: __ __ vezes   Mais de 6 meses até 1 ano atrás: __ __ vezes</p>	<p>Ps1mes __ __</p> <p>Psate3 __ __</p> <p>Psate6 __ __</p> <p>Ps1ano __ __</p>
<p><b>AGORA VAMOS FALAR DA <u>ÚLTIMA VEZ</u> QUE FOI ATENDIDO NO PRONTO-SOCORRO</b></p>	
<p>181. <b>Por qual problema o Sr(a) foi atendido no pronto-socorro desta última vez?</b></p>	<p>Psqdoen __ __ __</p>

(888) NSA (999) IGN

**182. O Sr(a) foi encaminhado por algum serviço de saúde, foi por conta própria, ou foi levado?**

- (1) Encaminhado (2) Conta própria (3) Levado

Psenc \_\_

(8) NSA (9) IGN

**183. O Sr(a) gastou algum dinheiro para ser atendido no pronto-socorro?**

- (0) Não → PULE PARA 185 (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Psdin \_\_

**184. SE SIM: Quanto?**

(88888) NSA (99999) IGN

Pq \_\_\_\_\_

**R\$** \_\_\_\_\_

**185. Este atendimento no pronto-socorro foi por algum convênio, particular ou SUS?**

- (1) Por algum convênio (8) NSA (9) IGN

Pspag \_\_

(2) Particular

(3) SUS

**186. Quanto tempo demorou desde que chegou no pronto-socorro até ser atendido?**

\_\_ \_\_ hora(s) e \_\_ \_\_ minutos

(88 / 88) NSA (99 / 99) IGN

Pspth \_\_ \_\_

Pspmt \_\_ \_\_

**187. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido no pronto-socorro?**

(8) NSA (9) IGN

Pstftp \_\_



(1) Péssimo

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Bom

(5) Ótimo

**188. Qual sua opinião sobre o atendimento que recebeu no pronto-socorro?**

(8) NSA (9) IGN

Pstfat \_\_



(1) Péssimo

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Bom

(5) Ótimo

**189. O pronto-socorro onde foi atendido fica aqui na cidade?** (8) NSA (9) IGN

- (0) Não (1) Sim → PULE PARA 192

Pscid \_\_

**190. SE NÃO: Qual o nome da cidade onde fica o pronto-socorro?**

(888) NSA (999) IGN

Pscix \_\_ \_\_ \_\_

<b>191. Por que teve que ir para outra cidade?</b>	(8) NSA	(9) IGN	Pspq __
(1) Aqui não tem pronto-socorro			
(2) Aqui não tem médico			
(3) Aqui não atendem este tipo de problema			
(4) Aqui tem que pagar			
(5) Não gosta do atendimento daqui			
(6) Aqui eles não resolvem			
(7) Outro motivo			
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Pspqouci __ __
<b>192. Em que tipo de transporte o Sr(a) foi até o pronto-socorro?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Caminhando	(0) Não	(1) Sim	Pscam __
De bicicleta	(0) Não	(1) Sim	Psbike __
De carroça	(0) Não	(1) Sim	Pscarça __
De ônibus / lotação / Van / Kombi	(0) Não	(1) Sim	Psbus __
De ambulância/ SAMU	(0) Não	(1) Sim	Psambu __
De carro da Polícia/ bombeiros	(0) Não	(1) Sim	Pspol __
De carro particular	(0) Não	(1) Sim	Pscar __
De táxi	(0) Não	(1) Sim	Pstaxi __
De moto	(0) Não	(1) Sim	Psmoto __
De barco	(0) Não	(1) Sim	Psbarco __
De avião	(0) Não	(1) Sim	Psaviao __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Psoutro __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qpsoutr __ __
<b>193. Foi gasto algum dinheiro em transporte para ir até o pronto-socorro?</b>		(9) IGN	Psgast __
(0) Não→ PULE PARA 195	(1) Sim		
<b>194. SE SIM: Quem pagou para o Sr(a) ir até o pronto-socorro?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Eu mesmo	(0) Não	(1) Sim	Pspropia __
Prefeitura	(0) Não	(1) Sim	Psprefet __
Comunidade / associação de moradores	(0) Não	(1) Sim	Pspcomu

Políticos	(0) Não (1) Sim	Pspolite __
Igreja	(0) Não (1) Sim	Pspigrej __
Parentes, vizinhos ou amigos	(0) Não (1) Sim	Pspamigo __
<b>195. Quanto tempo levou o transporte até chegar no pronto-socorro?</b>		Pschtp __ __
__ __ hora(s) e __ __ minutos	(88 / 88) NSA (99 / 99) IGN	Pscmtpt __ __
<b>196. (#) Ao sair do pronto-socorro o Sr(a) considera que seu problema:</b>		Psresv __
(0) Piorou	(8) NSA (9) IGN	
(1) Continua como antes		
(2) Melhorou um pouco		
(3) Melhorou bastante		
(4) Curou / resolveu		
<b>197. O médico lhe explicou o motivo pelo qual o Sr(a) foi atendido no pronto-socorro desta última vez?</b>	(8) NSA (9) IGN	Psexpl __
(0) Não (1) Sim		
<b>198. Quando o Sr(a) saiu do pronto-socorro recebeu algum documento ou papel explicando o que aconteceu no atendimento?</b>	(8) NSA (9) IGN	Psnote __
(0) Não (1) Sim		
<b>199. O Sr(a) saiu do pronto-socorro com alguma receita de remédio(s)?</b>		Psre __
(0) Não → PULE PARA 203 (1) Sim	(8) NSA (9) IGN	
<b>200. SE SIM: O Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) pelo SUS?</b>	(8) NSA (9) IGN	Psresus __
(0) Não (1) Sim → PULE PARA 203		
<b>201. SE NÃO: O Sr(a) comprou algum remédio?</b>	(8) NSA (9) IGN	Pskomre __
(0) Não → PULE PARA 203 (1) Algum (2) Todos		
<b>202. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou?</b>	(8888) NSA (9999) IGN	Psgas __ __ __ __
<b>R\$</b> __ __ __ __		
<b>203. Após este atendimento, o Sr(a) se tratou de alguma outra forma além do que lhe foi receitado no pronto-socorro?</b>	(8) NSA (9) IGN	Outrat2 __
(0) Não → PULE PARA 205 (1) Sim		
<b>204. SE SIM: O que fez?</b>	(8) NSA (9) IGN	
Tomou algum chá	(0) Não (1) Sim	Cha2 __
Mandou benzer	(0) Não (1) Sim	Benzer2 __
Buscou apoio na religião	(0) Não (1) Sim	Apoirel2 __
Buscou curandeiro	(0) Não (1) Sim	Curande2 __
Reiki	(0) Não (1) Sim	Reiki2 __
Acupuntura	(0) Não (1) Sim	Acup2 __

Massagem	(0) Não	(1) Sim	Masg2 __
Homeopatia	(0) Não	(1) Sim	Homeo2 __
Florais	(0) Não	(1) Sim	Flor2 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Routro2 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qroutr2 __ __
<b>205. O Sr(a) saiu do pronto-socorro encaminhado para consulta de revisão?</b>	(8) NSA	(9) IGN	Revi2 __
(0) Não→ PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTERIOR A 209	(1) Sim		
<b>206. SE SIM: Para onde foi encaminhado?</b>	(88) NSA	(99) IGN	Revenc2 __ __
(01) Posto de Saúde			
(02) Ambulatório do hospital			
(03) Ambulatório da faculdade			
(04) Centro de especialidades			
(05) Sindicato ou empresa / Associação de bairro			
(06) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde			
(07) Consultório particular			
(08) CAPS			
(09) Hospital			
(10) Outro			
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qrevenc __ __
<b>207. O Sr(a) fez esta consulta de revisão?</b>	(8) NSA	(9) IGN	Revond2 __
(0) Não			
(1) Sim→ PULE PARA ORIENTAÇÃO ANTERIOR A 209			
<b>208. SE NÃO FEZ A CONSULTA DE REVISÃO: Qual o motivo?</b>	(8) NSA	(9) IGN	Revinao2 __
(0) Não procurou consultar			
(1) Procurou, mas não conseguiu ficha ou agendamento			
(2) Procurou, mas não tinha médico para atender no local onde procurou			
(3) Não tinha como ir marcar a consulta			
(4) Não tinha médico pelo SUS e não podia pagar			
(5) Ainda não chegou no prazo			



(6) Outro			
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qrevnao2 __ __
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO MÉDICO.</b>			
<b>NÃO CONSIDERE HOSPITALIZAÇÃO, ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E EM CASA.</b>			
209. Desde <TRÊS MESES ATRÁS>, o Sr(a) foi atendido por algum médico? (0) Não (1) Sim → PULE PARA 217	(9) IGN		Med __
210. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido por médico, o Sr(a) precisou deste atendimento desde <TRÊS MESES ATRÁS>? (0) Não → PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTERIOR A 259 (1) Sim	(9) IGN		Pqmed __
211. Por qual motivo precisou de atendimento médico?	(8) NSA	(9) IGN	
Achou que precisava pois se sentia doente	(0) Não	(1) Sim	Meddoe2 __
Revisar / acompanhar problema saúde	(0) Não	(1) Sim	Medrev2 __
Fazer um check-up	(0) Não	(1) Sim	Medchk2 __
Pedir exames	(0) Não	(1) Sim	Medexa2 __
Pedir receita	(0) Não	(1) Sim	Medrec2 __
Pedir atestado	(0) Não	(1) Sim	Medat2 __
Levar resultado de exames	(0) Não	(1) Sim	Medres2 __
Fazer consulta de pré-natal	(0) Não	(1) Sim	Medpn2 __
Fazer pré-câncer	(0) Não	(1) Sim	Medpc2 __
Fazer exame “da próstata” / “de sangue para próstata”/ PSA / Toque retal	(0) Não	(1) Sim	Medpsa2 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Medout2 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qmedout2 __ __
212. SE PRECISOU: O Sr(a) buscou atendimento médico desde <TRÊS MESES ATRÁS>? (0) Não → APLIQUE 215, E 216 E PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTERIOR A 259 (1) Sim → APLIQUE 213, 214 E 215 E PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTERIOR A 259	(9) IGN		Proatme __
213. SE SIM: Onde buscou o atendimento médico?	(8) NSA	(9) IGN	
Posto de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Ubs15 __
Ambulatório do hospital	(0) Não	(1) Sim	Amhos15 __

Ambulatório da faculdade	(0) Não	(1) Sim	Amfa15 __
Centro de especialidades	(0) Não	(1) Sim	Cesp15 __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não	(1) Sim	Caps15 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Sinba15 __
Consultório particular	(0) Não	(1) Sim	Cvpl15 __
CAPS	(0) Não	(1) Sim	Medp15 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outg15 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Ondg15 __ __
<b>214. SE BUSCOU ATENDIMENTO MÉDICO: Por qual motivo não foi atendido?</b>			
	(8) NSA	(9) IGN	
Não tinha médico	(0) Não	(1) Sim	Semed __
Não tinha ficha	(0) Não	(1) Sim	Semficha __
Estava fechado no momento que procurei	(0) Não	(1) Sim	Fecha __
Não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	Naopag __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outraz __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qmotnat __ __
<b>215. (#) O que aconteceu com o Sr(a) se precisou ser atendido por algum médico e não consultou?</b>			
	(8) NSA	(9) IGN	
(0) Piorou			Medfim __
(1) Continua como antes			
(2) Melhorou um pouco			
(3) Melhorou bastante			
(4) Curou / resolveu			
<b>216. SE NÃO BUSCOU: Por qual motivo não buscou atendimento com médico?</b>			
	(8) NSA	(9) IGN	
Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS	(0) Não	(1) Sim	Difag __
Não tinha médico para atender onde costuma consultar	(0) Não	(1) Sim	Semed2 __
Não tinha como ir marcar a consulta	(0) Não	(1) Sim	Difmarc __
Não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	Naopag2 __
Teve medo / não quis	(0) Não	(1) Sim	Medo __

Tinha compromissos com a família ou no trabalho	(0) Não	(1) Sim	Compro __
Porque melhorou	(0) Não	(1) Sim	Melho __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outraz2 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutraz2 __ __
<b>217. SE FOI ATENDIDO: Quantas vezes o Sr(a) foi atendido por médico desde &lt;TRÊS MESES ATRÁS&gt; até agora no...</b> (88) NSA (99) IGN (00) nenhuma vez			
Posto de Saúde do seu bairro: __ __ vezes			Ubs1 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Nubs1 __ __
Ambulatório do hospital: __ __ vezes			Ambh1 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Namo1 __ __
Ambulatório da faculdade: __ __ vezes			Ambfa1 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Nambf1 __ __
Centro de Especialidades: __ __ vezes			Cenes1 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Nces1 __ __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ __ vezes			Sindi1 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Nsind1 __ __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ __ vezes			Conpl1 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Ncopl1 __ __
Consultório particular: __ __ vezes			Conpa1 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Ncopa1 __ __
CAPS: __ __ vezes			Caps1 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Ncaps1 __ __
Outro: __ __ vezes			Outlo1 __ __
Qual: _____			Qouoc1 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Xouo1 __ __
<b>AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE FOI ATENDIDO POR MÉDICO</b>			
<b>218. Por qual motivo foi atendido por médico desta última vez?</b> (8) NSA (9) IGN			
Achou que precisava pois se sentia doente	(0) Não	(1) Sim	Meddoe2 __
Revisar / acompanhar problema saúde	(0) Não	(1) Sim	Medrev2 __

Fazer um check-up	(0) Não	(1) Sim	Medchk2 __
Pedir exames	(0) Não	(1) Sim	Medexa2 __
Pedir receita	(0) Não	(1) Sim	Medrec2 __
Pedir atestado	(0) Não	(1) Sim	Medat2 __
Levar resultado de exames	(0) Não	(1) Sim	Medres2 __
Fazer consulta de pré-natal	(0) Não	(1) Sim	Medpn2 __
Fazer pré-câncer	(0) Não	(1) Sim	Medpc2 __
Fazer exame “da próstata” / “de sangue para próstata”/ PSA / Toque retal	(0) Não	(1) Sim	Medpsa2 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Medout2 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qmedout2 __ __
<b>219. O Sr(a) gastou algum dinheiro no último atendimento médico?</b>	(8) NSA	(9) IGN	Mepdin __
(0) Não→ PULE PARA 221	(1) Sim		
<b>220. SE SIM: Quanto?</b>	(8888) NSA	(9999) IGN	Meqt __ __ __ __
<b>R\$</b> __ __ __ __			
<b>221. O atendimento médico foi por algum convênio, particular ou SUS?</b>			Mepag __
(1) Por algum convênio	(8) NSA	(9) IGN	
(2) Particular			
(3) SUS			
<b>222. O Sr(a) foi encaminhado por algum serviço de saúde ou foi por conta própria?</b>			Medenc __
(1) Encaminhado	(2) Conta própria→ PULE PARA 224	(8) NSA (9) IGN	
<b>223. SE FOI ENCAMINHADO: Quem lhe encaminhou?</b>	(88) NSA	(99) IGN	Medqenc __ __
(01) Posto de Saúde			
(02) Ambulatório do hospital			
(03) Ambulatório da faculdade			
(04) Centro de especialidades			
(05) Sindicato ou empresa / Associação de bairro			
(06) Pronto-Socorro do SUS			
(07) Pronto atendimento do Convênio ou Plano de Saúde			
(08) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde			
(09) Consultório particular			

(10) CAPS			
(11) Outro			
Qual: _____	(88) NSA (99) IGN	Qmedqenc	__ __
<b>224. Onde o Sr(a) foi atendido pelo médico nesta última vez?</b>	(88) NSA (99) IGN	Medond2	__ __
(01) Posto de Saúde → PULE PARA 226			
(02) Ambulatório do hospital			
(03) Ambulatório da faculdade			
(04) Centro de especialidades			
(05) Sindicato ou empresa / Associação de bairro → PULE PARA 226			
(06) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde → PULE PARA 226			
(07) Consultório particular → PULE PARA 226			
(08) CAPS → PULE PARA 226			
(09) Outro			
Qual: _____ → PULE PARA 226	(88) NSA (99) IGN	Qmedond2	__ __
<b>225. Qual o tipo de ambulatório ou clínica onde o Sr(a) foi atendido pelo médico?</b>	(88) NSA (99) IGN	Meambu	__ __
(01) Dermatologia	(08) Oftalmologia	(15) Gastroenterologia	
(02) Fisiatria	(09) Otorrinolaringologia	(16) Tratamento da hanseníase	
(03) Ginecologia	(10) Pré-natal	(17) Tratamento de HIV / AIDS	
(04) Hemodiálise	(11) Psiquiatria	(18) Tratamento odontológico	
(05) Imunologia	(12) Puericultura	(19) Tratamento da tuberculose	
(06) Infectologia	(13) Quimioterapia	(20) Traumatologia e ortopedia	
(07) Neurologia	(14) Radioterapia	(21) Outro	
	Qual: _____	(88) NSA (99) IGN	Qmeambu
			__ __
<b>226. O médico que lhe atendeu nesta última consulta foi o mesmo que lhe atendeu anteriormente em algum posto de saúde / SUS?</b>	(8) NSA (9) IGN	Mesmecs	__
(0) Não	(1) Sim → PULE PARA 228		
<b>227. O médico que lhe atendeu nesta última consulta foi o mesmo que lhe atendeu anteriormente pelo convênio / plano de saúde / particular?</b>	(8) NSA (9) IGN	Mesmecv	__
(0) Não	(1) Sim		
<b>228. Este médico que lhe atendeu era:</b>	(88) NSA (99) IGN	Medtip	__ __

- |                             |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| (01) Clínico Geral          | (10) Pediatra                       |
| (02) Cardiologista          | (11) Pneumologista                  |
| (03) Dermatologista         | (12) Psiquiatra                     |
| (04) Ginecologista          | (13) Angiologista                   |
| (05) Nefrologista           | (14) Oncologista (médico de câncer) |
| (06) Neurologista           | (15) Infectologista                 |
| (07) Oftalmologista         | (16) Gastroenterologista            |
| (08) Ortopedista            | (17) Outro                          |
| (09) Otorrinolaringologista | Qual: _____ (88) NSA (99) IGN       |

Qmedtip \_\_\_

229. **Quanto tempo demorou para conseguir o atendimento médico?** (888) NSA (999) IGN  
 \_\_\_ \_\_\_ dias (000) Atendido no mesmo dia

Medtp \_\_\_

230. **Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido pelo médico?**  
 (8) NSA (9) IGN

Medstft \_\_\_



(1) Péssimo

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Bom

(5) Ótimo

231. **Qual sua opinião sobre o atendimento médico que recebeu?**  
 (8) NSA (9) IGN

Mestfat \_\_\_



(1) Péssimo

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Bom

(5) Ótimo

232. **O local onde foi atendido(a) pelo médico é aqui na cidade?** (8) NSA (9) IGN  
 (0) Não (1) Sim → PULE PARA 235

Medcid \_\_\_

233. **SE NÃO: Qual o nome da cidade onde consultou?** (888) NSA (999) IGN

Mecidbx \_\_\_

234. **Por que teve que ir para outra cidade?** (88) NSA (99) IGN

Medpq \_\_\_

- (01) Aqui não tem posto de saúde
- (02) Aqui não tem médico
- (03) Aqui não atendem este tipo de problema

(04) Aqui não tinha ficha			
(05) Aqui tem que pagar			
(06) Não gosta do atendimento daqui			
(07) Aqui eles não resolvem			
(08) Outro motivo			
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qmedpq __ __
<b>235. Como o Sr(a) foi até o local onde foi atendido pelo médico?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Caminhando	(0) Não	(1) Sim	Medcam __
De bicicleta	(0) Não	(1) Sim	Medbike __
De carroça	(0) Não	(1) Sim	Medcarça __
De ônibus / lotação / Van / Kombi	(0) Não	(1) Sim	Medbus __
De ambulância/ SAMU	(0) Não	(1) Sim	Medambu __
De carro particular	(0) Não	(1) Sim	Medcar __
De táxi	(0) Não	(1) Sim	Medtaxi __
De moto	(0) Não	(1) Sim	Medmoto __
De barco	(0) Não	(1) Sim	Medbarco __
De avião	(0) Não	(1) Sim	Medaviao __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qmedoutr __ __
<b>236. Foi necessário gastar algum dinheiro em transporte para ir consultar com o médico?</b>		(9) IGN	Medgast __
(0) Não → PULE PARA 238	(1) Sim		
<b>237. SE SIM: Quem pagou para o Sr(a) ir consultar com o médico?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Eu mesmo	(0) Não	(1) Sim	Mepropia __
Prefeitura	(0) Não	(1) Sim	Meprefet __
Comunidade / associação de moradores	(0) Não	(1) Sim	Mepcomu
Políticos	(0) Não	(1) Sim	Mepolitic __
Igreja	(0) Não	(1) Sim	Mepigrej __
Parentes, vizinhos ou amigos	(0) Não	(1) Sim	Mepamigo __

<p>238. <b>Quanto tempo levou para chegar até o consultório médico para ser atendido?</b>      ___ __ hora(s) e ___ __ minutos (88 / 88) NSA (99 / 99) IGN</p>	<p>Mechtp ___ __  Mecmtp ___ __</p>
<p>239. <b>(#) Ao sair do atendimento médico o Sr(a) considera que seu problema:</b>  (0) Piorou (8) NSA (9) IGN  (1) Continua como antes  (2) Melhorou um pouco  (3) Melhorou bastante  (4) Curou / resolveu</p>	<p>Meresv ___</p>
<p>240. <b>O Sr(a) recebeu alguma explicação sobre o motivo que fez o Sr(a) procurar o atendimento com o médico?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>Meexp ___</p>
<p>241. <b>O Sr(a) saiu do atendimento médico com alguma receita de remédio(s)?</b>  (0) Não → PULE PARA 245 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>Reme ___</p>
<p>242. <b>O Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) pelo SUS?</b>  (0) Não (1) Sim → PULE PARA 245 (8) NSA (9) IGN</p>	<p>Remesus ___</p>
<p>243. <b>SE NÃO: O Sr(a) comprou algum remédio?</b>  (0) Não → PULE PARA 245 (1) Algum (2) Todos (8) NSA (9) IGN</p>	<p>Mecomre ___</p>
<p>244. <b>SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou? (8888) NSA (9999) IGN</b>  <b>R\$</b> ___ __ __ __</p>	<p>Mega ___ __ __ __</p>
<p>245. <b>Após este atendimento médico, o Sr(a) se tratou de alguma outra forma além do que o médico lhe receitou nesta consulta?</b>  (0) Não → PULE PARA 247 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>Outrat3 ___</p>
<p>246. <b>SE SIM: O que fez?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>Tomou algum chá (0) Não (1) Sim</p> <p>Mandou benzer (0) Não (1) Sim</p> <p>Buscou apoio na religião (0) Não (1) Sim</p> <p>Buscou curandeiro (0) Não (1) Sim</p> <p>Reiki (0) Não (1) Sim</p> <p>Acupuntura (0) Não (1) Sim</p> <p>Massagem (0) Não (1) Sim</p> <p>Homeopatia (0) Não (1) Sim</p> <p>Florais (0) Não (1) Sim</p> <p>Outro (0) Não (1) Sim</p>	<p>Cha3 ___</p> <p>Benzer3 ___</p> <p>Apoirel3 ___</p> <p>Curande3 ___</p> <p>Reiki3 ___</p> <p>Acup3 ___</p> <p>Masg3 ___</p> <p>Homeo3 ___</p> <p>Flor3 ___</p> <p>Routro3 ___</p>



Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qroutro3 __ __
<b>247. O Sr(a) saiu do atendimento com o médico com pedido de algum exame?</b>			Exame __
(0) Não → PULE PARA 254	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	
<b>248. SE SIM: Agora vou lhe dizer uma lista de exames e gostaria que o Sr(a) me dissesse quais foram solicitados nesta última consulta:</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Exame de sangue	(0) Não	(1) Sim	Sangue __
Exame de urina	(0) Não	(1) Sim	Urina __
Exame de fezes	(0) Não	(1) Sim	Fezes __
Raio X de dentes	(0) Não	(1) Sim	Rxdent__
Outros tipos de Raio X	(0) Não	(1) Sim	Rxgeral __
Ultrassom	(0) Não	(1) Sim	Ultras __
Eletrocardiograma	(0) Não	(1) Sim	Ecg __
Eletroencefalograma	(0) Não	(1) Sim	Eeg __
Tomografia	(0) Não	(1) Sim	Tomo __
Biópsia	(0) Não	(1) Sim	Biopsia __
Ressonância	(0) Não	(1) Sim	Ressona __
Mamografia	(0) Não	(1) Sim	Mamogr __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Exaout __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Exaout __ __
Total de exames: __ __	(88) NSA	(99) IGN	Totexa __ __
<b>249. SE FOI SOLICITADO ALGUM EXAME: Quantos exames o Sr(a) fez?</b>			Fezexa __ __
__ __ exames (00) nenhum	(88) NSA	(99) IGN	
<b>250. Se deixou de fazer algum do(s) exame(s) solicitado(s), qual(is) o(s) motivo(s)?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Agendou, mas ainda não realizou	(0) Não	(1) Sim	Agend __
Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	Susnao __
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim	Naopre __
Não quis	(0) Não	(1) Sim	Naoquis __
Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim	Naopode __
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim	Naocida __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outmoti __

Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutmot __ __
<b>251. O Sr(a) gastou algum dinheiro para fazer o(s) exame(s)?</b> (0) Não→ PULE PARA 253 (1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	Expdin __
<b>252. SE SIM: Quanto?</b> R\$ _____	(8888) NSA	(9999) IGN	Expg _____
<b>253. O(s) exame(s) que o Sr(a) fez foi(ram) por algum convênio, particular ou SUS?</b> (8) NSA (9) IGN			
Por algum convênio	(0) Não	(1) Sim	Exconv __
Particular	(0) Não	(1) Sim	Expart __
SUS	(0) Não	(1) Sim	Exsus __
<b>254. O Sr(a) saiu desta consulta encaminhado para atendimento em outro local?</b> (0) Não→ PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 259 (1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	Moutlo __
<b>255. SE SIM: Para onde foi encaminhado?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Posto de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Ubs15 __
Ambulatório do hospital	(0) Não	(1) Sim	Ambhs15 __
Ambulatório da Faculdade	(0) Não	(1) Sim	Ambfa15 __
Centro de especialidades	(0) Não	(1) Sim	Cesp15 __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não	(1) Sim	Sindi15 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Conpla15 __
Consultório particular	(0) Não	(1) Sim	Conpoa15 __
CAPS	(0) Não	(1) Sim	Caps15 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outlo15 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutlo15 __ __
<b>256. SE SIM: Para que tipo de atendimento foi encaminhado?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
De atendimento médico clínico geral	(0) Não	(1) Sim	Clin1 __
De atendimento médico especialista	(0) Não	(1) Sim	Espec1 __
De atendimento médico, mas não sabe qual especialidade	(0) Não	(1) Sim	Med1 __
De odontologia	(0) Não	(1) Sim	Odon1 __
De enfermagem	(0) Não	(1) Sim	Enf1 __

De fisioterapia	(0) Não	(1) Sim	Fisio1 __
De psicologia	(0) Não	(1) Sim	Psico1 __
De nutrição	(0) Não	(1) Sim	Nut1 __
De educação física	(0) Não	(1) Sim	Fisica1 __
De acupuntura	(0) Não	(1) Sim	Acup1 __
De fonoaudiologia	(0) Não	(1) Sim	Fono1 __
De serviço social	(0) Não	(1) Sim	Asoc1 __
De terapia ocupacional	(0) Não	(1) Sim	Terap1 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outat1 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutat1 __ __
<b>257. O Sr(a) deixou de ter algum atendimento do(s) encaminhamento(s) feitos pelo médico?</b>			Meatenc __
(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 259	(1) Sim	(9) IGN	
<b>258. Por que o Sr(a) não teve algum atendimento do(s) encaminhamentos feitos pelo médico?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Agendou, mas ainda não foi atendido	(0) Não	(1) Sim	Agnfa2 __
Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	Susna2 __
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim	Napre2 __
Não quis	(0) Não	(1) Sim	Naoqis2 __
Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim	Naopod2 __
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim	Naocid2 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outmo2 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutmo2 __ __
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO POR OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>			
<b>QUE NÃO O MÉDICO</b>			
<b>NÃO CONSIDERAR HOSPITALIZAÇÃO, ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E EM CASA.</b>			
<b>259. Desde &lt;TRÊS MESES ATRÁS&gt;, o Sr(a) foi atendido por outro profissional de saúde que não o médico?</b>			Pfs __
(0) Não	(1) Sim → PULE PARA 268	(9) IGN	

<p><b>260. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido por outro profissional de saúde, o Sr(a) precisou deste atendimento desde &lt;TRÊS MESES ATRÁS&gt;?</b> (8) NSA (9) IGN (0) Não → PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTERIOR A 293</p> <p>(1) Sim</p>	<p>Pqpf __</p>
<p><b>261. Qual o principal motivo que o Sr(a) precisou de atendimento de outro profissional de saúde desde &lt;TRÊS MESES ATRÁS&gt;?</b> (888) NSA (999) IGN</p> <p>_____</p>	<p>Qmop ___ __</p>
<p><b>262. SE PRECISOU: O Sr(a) buscou atendimento de outro profissional de saúde?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Não→ APLIQUE 265, 266 E 267 E PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 293</p> <p>(1) Sim→APLIQUE 263, 264, 265 E 266 E PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 293</p>	<p>Proatpf __</p>
<p><b>263. SE SIM: Onde buscou o atendimento de outro profissional de saúde?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>Posto de Saúde (0) Não (1) Sim</p> <p>Ambulatório do hospital (0) Não (1) Sim</p> <p>Ambulatório da faculdade (0) Não (1) Sim</p> <p>Centro de especialidades (0) Não (1) Sim</p> <p>Sindicato ou empresa / Associação de bairro (0) Não (1) Sim</p> <p>Consultório por Convênio ou Plano de Saúde (0) Não (1) Sim</p> <p>Consultório particular (0) Não (1) Sim</p> <p>CAPS (0) Não (1) Sim</p> <p>Outro (0) Não (1) Sim</p> <p>Qual: _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>Ondubs __</p> <p>Ondamho __</p> <p>Ondamfa __</p> <p>Ondcesp __</p> <p>Ondsind __</p> <p>Ondpla __</p> <p>Onscspar __</p> <p>Ondcaps __</p> <p>Ondoutl __</p> <p>Qpfond ___ __</p>
<p><b>264. SE BUSCOU ATENDIMENTO DE OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE: Por qual motivo não foi atendido?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>Não tinha este profissional no local onde busquei atendimento (0) Não (1) Sim</p> <p>Não tinha ficha (0) Não (1) Sim</p> <p>Estava fechado no momento que procurei (0) Não (1) Sim</p> <p>Não podia pagar (0) Não (1) Sim</p> <p>Outro (0) Não (1) Sim</p>	<p>Sepf __</p> <p>Semficha __</p> <p>Fecha __</p> <p>Naopag __</p> <p>Outraz __</p>

Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutraz __ __
<b>265. Qual era o outro profissional por quem o Sr(a) precisava ser atendido? (8) NSA (9) IGN</b>			
Acupunturista	(0) Não	(1) Sim	Naoacup __
Assistente Social	(0) Não	(1) Sim	Naoasoc __
Educador Físico	(0) Não	(1) Sim	Naoedfi __
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	Naoenf __
Fisioterapeuta	(0) Não	(1) Sim	Naofisio __
Fonoaudiólogo	(0) Não	(1) Sim	Naofono __
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim	Naonutr __
Odontólogo	(0) Não	(1) Sim	Naodont __
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim	Naopsico __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Naoutr __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qnaout __ __
<b>266. (#) O que aconteceu com o Sr(a) se precisou ser atendido por outro profissional de saúde e não consultou? (8) NSA (9) IGN</b>			Medfim __
(0) Piorou			
(1) Continua como antes			
(2) Melhorou um pouco			
(3) Melhorou bastante			
(4) Curou / resolveu			
<b>267. SE NÃO BUSCOU: Por qual motivo não buscou atendimento com outro profissional de saúde? (8) NSA (9) IGN</b>			
Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS	(0) Não	(1) Sim	Difag __
Não tinha esse profissional para atender onde costuma consultar	(0) Não	(1) Sim	Semed2 __
Não tinha como ir marcar a consulta	(0) Não	(1) Sim	Difmarc __
Não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	Naopag2 __
Teve medo / não quis	(0) Não	(1) Sim	Medo __
Tinha compromissos com a família ou no trabalho	(0) Não	(1) Sim	Compro __
Porque melhorou	(0) Não	(1) Sim	Pqmelh __

Outro	(0) Não (1) Sim	Outraz2 __ __
Qual: _____	(88) NSA (99) IGN	Qoutraz2 __ __
<b>268. SE FOI ATENDIDO: Quantas vezes o Sr(a) foi atendido por outro profissional desde &lt;TRÊS MESES ATRÁS&gt; até agora no... (88) NSA (99) IGN (00) nenhuma vez</b>		
Posto de Saúde do seu bairro: __ __ vezes		Ubs2 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __		Nubs2 __ __
Ambulatório do hospital: __ __ vezes		Ambho2 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __		Nambh2 __ __
Ambulatório da faculdade: __ __ vezes		Ambfac2 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __		Nambfa2 __ __
Centro de Especialidades: __ __ vezes		Centesp2 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __		Ncentes2 __ __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ __ vezes		Sindi2 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __		Nsind2 __ __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ __ vezes		Conpla2 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __		Nconpl2 __ __
Consultório particular: __ __ vezes		Conpar2 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __		Nconpa2 __ __
CAPS: __ __ vezes		Caps2 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __		Ncaps2 __ __
Outro: __ __ vezes		Outloc2 __ __
Qual: _____		Qoutloc __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __		Xoutlo2 __ __
<b>AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE FOI ATENDIDO POR OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE NÃO O MÉDICO</b>		
<b>269. Este outro profissional de saúde que lhe atendeu pela última vez era...</b>		Qoutpfs __ __

- (01) Acupunturista (06) Fonoaudiólogo (88) NSA (99) IGN  
 (02) Assistente Social (07) Nutricionista  
 (03) Educador Físico (08) Odontólogo  
 (04) Enfermeiro (09) Psicólogo  
 (05) Fisioterapeuta (10) Outro

Qual: \_\_\_\_\_ (88) NSA (99) IGN

Quapfs \_\_ \_\_

**270. Por qual motivo o Sr(a) foi atendido pelo <PROFISSIONAL REFERIDO> desta última vez?** (888) NSA (999) IGN

Pfm \_\_ \_\_ \_\_

**271. O Sr(a) gastou algum dinheiro no último atendimento com o <PROFISSIONAL REFERIDO>?** (8) NSA (9) IGN

Pfdin \_\_

- (0) Não → PULE PARA 273 (1) Sim

**272. SE SIM: Quanto?** (8888) NSA (9999) IGN  
 R\$ \_\_\_\_\_

Opq \_\_\_\_\_

**273. O atendimento pelo <PROFISSIONAL REFERIDO> foi por algum convênio, particular ou SUS?** (8) NSA (9) IGN

Pfpag \_\_

- (1) Por algum convênio  
 (2) Particular  
 (3) SUS

**274. O Sr(a) foi consultar com <PROFISSIONAL REFERIDO> encaminhado por algum serviço de saúde ou foi por conta própria?** (8) NSA (9) IGN

Pfenc \_\_ \_\_

- (1) Encaminhado (2) Conta própria → PULE PARA 276

**275. SE FOI ENCAMINHADO: Quem lhe encaminhou?** (88) NSA (99) IGN



Pfqenc \_\_ \_\_

- (01) Posto de Saúde  
 (02) Ambulatório do hospital  
 (03) Ambulatório da faculdade  
 (04) Centro de especialidades  
 (05) Sindicato ou empresa / Associação de bairro  
 (06) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde  
 (07) Consultório particular  
 (08) CAPS  
 (09) Outro motivo

Qual: \_\_\_\_\_

(88) NSA (99) IGN

Qpfqenc \_\_ \_\_

<p><b>276. Onde o Sr(a) foi atendido pelo &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt;?</b>  (01) Posto de Saúde (88) NSA (99) IGN  (02) Ambulatório do hospital  (03) Ambulatório da faculdade  (04) Centro de especialidades  (05) Sindicato ou empresa / Associação de bairro  (06) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde  (07) Consultório particular  (08) CAPS  (09) Outro motivo  Qual: _____ (88) NSA (99) IGN</p> <p><b>277. Quanto tempo demorou para conseguir este atendimento com o &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt;?</b>  ____ dias (000) Atendido no mesmo dia (888) NSA (999) IGN</p>	<p>Pfond1 __ __</p> <p>Qpfond1 __ __</p> <p>Pftp __ __ __</p>
<p><b>278. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido pelo &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt;?</b>  (8) NSA (9) IGN</p> <p></p> <p>(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo</p> <p><b>279. Qual sua opinião sobre este atendimento que recebeu do &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt;?</b>  (8) NSA (9) IGN</p> <p></p> <p>(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo</p> <p><b>280. O local onde foi atendido(a) pelo &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt; é aqui na cidade?</b>  (0) Não → PULE PARA 283 (8) NSA (9) IGN  (1) Sim</p> <p><b>281. SE NÃO: Qual o nome da cidade onde foi atendido pelo &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt;?</b>  (888) NSA (999) IGN</p> <p>_____</p>	<p>Pfstft __</p> <p>Pfstfat __</p> <p>Pfcid __</p> <p>Pfcidx__ __ __</p>



<p><b>282. Por que teve que ir para outra cidade?</b>  (01) Aqui não tem posto de saúde  (02) Aqui não tem este profissional de saúde  (03) Aqui não atendem este tipo de problema  (04) Aqui não tinha ficha  (05) Aqui tem que pagar  (06) Não gosta do atendimento daqui  (07) Aqui eles não resolvem  (08) Outro</p>	<p>(88) NSA (99) IGN</p>	<p>Pfpq __ __</p>
<p>Qual: _____</p>	<p>(88) NSA (99) IGN</p>	<p>Qpfq __ __</p>
<p><b>283. Como o Sr(a) foi até o local onde foi atendido pelo &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt;?</b></p>		
	<p>(8) NSA (9) IGN</p>	
<p>Caminhando</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Pfcam __</p>
<p>De bicicleta</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Pfbike __</p>
<p>De carroça</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Pfcarça __</p>
<p>De ônibus / lotação / Van / Kombi</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Pfbus __</p>
<p>De ambulância/ SAMU</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Pfambu __</p>
<p>De carro particular</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Pfcar __</p>
<p>De táxi</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Pftaxi __</p>
<p>De moto</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Pfmoto __</p>
<p>De barco</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Pfbarco __</p>
<p>De avião</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Pfaviao __</p>
<p>Outro</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>Pfoutro __</p>
<p>Qual: _____</p>	<p>(88) NSA (99) IGN</p>	<p>Qpfour __ __</p>
<p><b>284. Foi necessário gastar algum dinheiro em transporte para ir até o &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt;?</b></p>		
<p>(0) Não → PULE PARA 286 (1) Sim</p>	<p>(9) IGN</p>	<p>Pfgast __</p>
<p><b>285. SE SIM: Quem pagou para o Sr(a) ir até o &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt;?</b></p>		
<p>Eu mesmo</p>	<p>(8) NSA (9) IGN  (0) Não (1) Sim</p>	<p>Pfpropia __</p>

Prefeitura	(0) Não	(1) Sim	Pfprefet __
Comunidade / associação de moradores	(0) Não	(1) Sim	Pfpcomu
Políticos	(0) Não	(1) Sim	Pfpolite __
Igreja	(0) Não	(1) Sim	Pfpigrej __
Parentes, vizinhos ou amigos	(0) Não	(1) Sim	Pfpamigo __
<b>286. Quanto tempo levou para chegar até o &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt; para ser atendido?</b>			Pfchtp __ __
__ __ hora(s) e __ __ minutos	(88 / 88) NSA	(99 / 99) IGN	Pfcmtpt __ __
<b>287. (#) Ao sair do atendimento que recebeu do &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt; o Sr(a) considera que seu problema:</b>	(8) NSA	(9) IGN	Pfresv __
(0) Piorou			
(1) Continua como antes			
(2) Melhorou um pouco			
(3) Melhorou bastante			
(4) Curou / resolveu			
<b>288. O Sr(a) saiu do atendimento com o &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt; encaminhado para atendimento em outro local?</b>	(8) NSA	(9) IGN	Pfoutlo __
(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 293			
(1) Sim			
<b>289. SE SIM: Para onde foi encaminhado?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Posto de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Ubs5 __
Ambulatório do hospital	(0) Não	(1) Sim	Ambhos5 __
Ambulatório da Faculdade	(0) Não	(1) Sim	Ambfac5 __
Centro de Especialidades	(0) Não	(1) Sim	Centresp __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não	(1) Sim	Sindi5 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Conpla5 __
Consultório particular	(0) Não	(1) Sim	Conpoar5 __
CAPS	(0) Não	(1) Sim	Caps5 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outloc5 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutloc5 __ __
<b>290. SE SIM: Para que tipo de atendimento foi encaminhado?</b>	(8) NSA	(9) IGN	

De atendimento médico clínico geral	(0) Não	(1) Sim	Clin2 __
De atendimento médico especialista	(0) Não	(1) Sim	Espec2 __
De atendimento médico, mas não sabe qual especialidade	(0) Não	(1) Sim	Med2 __
De odontologia	(0) Não	(1) Sim	Odon2 __
De enfermagem	(0) Não	(1) Sim	Enf2 __
De fisioterapia	(0) Não	(1) Sim	Fisio2 __
De psicologia	(0) Não	(1) Sim	Psico2 __
De nutrição	(0) Não	(1) Sim	Nut2 __
De educação física	(0) Não	(1) Sim	Fisica2 __
De acupuntura	(0) Não	(1) Sim	Acup2 __
De fonoaudiologia	(0) Não	(1) Sim	Fono2 __
De serviço social	(0) Não	(1) Sim	Asoc2 __
De terapia ocupacional	(0) Não	(1) Sim	Terap2 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outat2 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutat2 __ __
<b>291. O Sr(a) deixou de ter algum atendimento do(s) encaminhamento(s) feitos pelo &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt;?</b> (0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 293 (1) Sim			Pfatenc __
<b>292. Por que o Sr(a) não teve algum atendimento do(s) encaminhamentos feitos pelo &lt;PROFISSIONAL REFERIDO&gt;?</b> Agendou, mas ainda não foi atendido Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar Não achou que precisava Não quis Não tinha como ir marcar/ fazer Não tinha na cidade Outro Qual: _____			(8) NSA (9) IGN (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (88) NSA (99) IGN
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA</b>			

<b>293. O Sr(a) recebeu algum atendimento de saúde em casa desde &lt;TRÊS MESES ATRÁS&gt;?</b> (0) Não (1) Sim → PULE PARA 301 (9) IGN	Ad __
<b>294. SE NÃO: Apesar de não ter recebido atendimento de saúde em casa, o Sr(a) precisou deste atendimento desde &lt;TRÊS MESES ATRÁS&gt;?</b> (0) Não → PULE PARA BLOCO DE MEDIDAS (1) Sim (8) NSA (9) IGN	Adprec __
<b>295. Por qual motivo precisou de atendimento de saúde em casa desde &lt;TRÊS MESES ATRÁS&gt;?</b> (8) NSA (9) IGN Está acamado (0) Não (1) Sim Dificuldade de se locomover (0) Não (1) Sim Problema de pressão (0) Não (1) Sim Tem diabetes (0) Não (1) Sim Esteve hospitalizado nos últimos três meses (0) Não (1) Sim Teve AVC/ derrame/ isquemia (0) Não (1) Sim Tem problema mental (ex.: depressão) (0) Não (1) Sim Tem problema neurológico (ex.: Parkinson, Alzheimer, outros) (0) Não (1) Sim Tem problemas no coração (0) Não (1) Sim Tem câncer (0) Não (1) Sim Sofreu cirurgia recentemente (0) Não (1) Sim Tem ferida nos membros ou costas (0) Não (1) Sim Estava com dor nas costas (0) Não (1) Sim Precisava vacinar (0) Não (1) Sim Tem reumatismo/ problema nas juntas (articulações, artrite, outros) (0) Não (1) Sim Outro (0) Não (1) Sim Qual: _____ (88) NSA (99) IGN	Acama __ Locom __ Press __ Diabe __ Hospit __ Avc __ Tpm __ Prneur __ Prcora __ Canc __ Cirur __ Ferida __ Dorco __ Prvaci __ Reumat __ Moti __ Quamot __ __
<b>296. O Sr (a) ou alguém solicitou o atendimento de saúde para o Sr(a) desde &lt;TRÊS MESES ATRÁS&gt;?</b> (0) Não → APLIQUE 299 E 300 E PULE PARA BLOCO DE MEDIDAS (8) NSA (9) IGN (1) Sim → APLIQUE 297, 298 E 299 E PULE PARA BLOCO DE MEDIDAS	Adsol __
<b>297. SE SOLICITOU: Onde solicitou o atendimento em casa?</b> (8) NSA (9) IGN Posto de Saúde (0) Não (1) Sim Ambulatório do hospital (0) Não (1) Sim Ambulatório da faculdade (0) Não (1) Sim	Ondubs1 __ Ondamho1 __ Ondamfa1 __

Centro de especialidades	(0) Não	(1) Sim	Ondcesp1 __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não	(1) Sim	Ondsind1 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Ondpla1 __
Consultório particular	(0) Não	(1) Sim	Onscspt1 __
CAPS	(0) Não	(1) Sim	Ondcaps1 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Ondout11 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qpfond1 __ __

**298. SE SOLICITOU ATENDIMENTO EM CASA: Por qual motivo não foi atendido?**

	(8) NSA	(9) IGN	
Procurou, mas não conseguiu ficha ou agendamento	(0) Não	(1) Sim	Sficha __
Procurou, mas o serviço de saúde não presta este atendimento	(0) Não	(1) Sim	Satend __
Procurou, mas não obteve retorno	(0) Não	(1) Sim	Sretor __
Procurou, mas o serviço de saúde não tinha o profissional para atender	(0) Não	(1) Sim	Sprof __
Procurou, mas o serviço estava fechado	(0) Não	(1) Sim	Sefech __
Não tinha profissional pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	Nsus __
O telefone estava sempre ocupado	(0) Não	(1) Sim	Foneoc __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Motout __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qmotout __ __

**299. (#) O que aconteceu com o Sr(a) se precisou ser atendido em casa e não conseguiu?**

(0) Piorou	(8) NSA	(9) IGN	Adfim __
(1) Continua como antes			
(2) Melhorou um pouco			
(3) Melhorou bastante			
(4) Curou / resolveu			

**300. SE NÃO SOLICITOU: Por qual motivo não solicitou o atendimento em casa?**

	(8) NSA	(9) IGN	
O serviço não faz atendimento em casa	(0) Não	(1) Sim	Adncas __
Não tem profissional para atender em casa	(0) Não	(1) Sim	Adnpro __
O telefone do serviço está sempre ocupado, ou não funciona	(0) Não	(1) Sim	Adntel __

O serviço não tem telefone	(0) Não	(1) Sim	Adsfone __
Não tinha como ir marcar a consulta ou solicitar o atendimento	(0) Não	(1) Sim	Adnmarc __
Teve medo ou não quis	(0) Não	(1) Sim	Admedo __
Porque melhorou	(0) Não	(1) Sim	Admelho __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Adout __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qadout __ __
<b>301. SE FOI ATENDIDO EM CASA: Quantas vezes o Sr(a) foi atendido em casa desde &lt;TRÊS MESES ATRÁS&gt; por pessoal de ...</b>			
Posto de Saúde: __ __ vezes	(88) NSA	(99) IGN	(00) nenhuma vez
			Ubs4 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Nubs4 __ __
Hospital: __ __ vezes			Ambh4 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Namb4 __ __
Faculdade: __ __ vezes			Ambf4 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Namb4 __ __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ __ vezes			Conpla4 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Nconp4 __ __
Consultório particular: __ __ vezes			Conpa4 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Nconp4 __ __
CAPS: __ __ vezes			Caps4 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Ncaps4 __ __
Programa de internação domiciliar (prefeitura, hospital, universidade, ...): __ __ vezes			Pid __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Npid __ __
SAMU: __ __ vezes			Adsamu __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Nsamu __ __
Pastoral da saúde (ou da criança, ou do idoso, ...): __ __ vezes			Pastor __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Npastor __ __
Parteira: __ __ vezes			Parto __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __			Nparto __ __






Curandeira, benzedeira, ervateira: __ __ vezes	Curan __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __	Ncuran __ __
Militares: __ __ vezes	Milit __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __	Nmilit __ __
Estudantes: __ __ vezes	Estud __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __	Nestud __ __
Outro: __ __ vezes	Outloc3 __ __
Qual: _____	Qoutlo3 __ __
Quantas destas vezes foram no último mês? __ __	Xoutlo3 __ __


**AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA**

<b>302. Por qual motivo precisou receber atendimento de saúde em casa desde &lt;TRÊS MESES ATRÁS&gt;?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Está acamado	(0) Não	(1) Sim	Acam2 __
Dificuldade de se locomover	(0) Não	(1) Sim	Loco2 __
Problema de pressão	(0) Não	(1) Sim	Pres2 __
Tem diabetes	(0) Não	(1) Sim	Diab2 __
Esteve hospitalizado nos últimos três meses	(0) Não	(1) Sim	Hospi2 __
Teve AVC/ derrame/ isquemia	(0) Não	(1) Sim	Avc2 __
Tem problema mental (ex.: depressão)	(0) Não	(1) Sim	Tpm2 __
Tem problema neurológico (ex.: Parkinson, Alzheimer, outros)	(0) Não	(1) Sim	Prneu2 __
Tem problemas no coração	(0) Não	(1) Sim	Prcor2 __
Tem câncer	(0) Não	(1) Sim	Can2 __
Teve problemas na gestação ( <b>APENAS PARA MULHERES</b> )	(0) Não	(1) Sim	Prges2 __
Sofreu cirurgia recentemente	(0) Não	(1) Sim	Ciru2 __
Tem ferida nos membros ou costas	(0) Não	(1) Sim	Ferid2 __
Estava com dor nas costas	(0) Não	(1) Sim	Dorc2 __
Precisava vacinar	(0) Não	(1) Sim	Prvac2 __
Tem reumatismo/ problema nas juntas (articulações, artrite, outros)	(0) Não	(1) Sim	Reuma2 __
Dores de parto ( <b>APENAS PARA MULHERES</b> )	(0) Não	(1) Sim	Part2 __

Outro	(0) Não	(1) Sim	Mot2 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Quamot2 __ __
<b>303. O que foi feito durante o atendimento de saúde que recebeu em casa desta última vez?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Curativo	(0) Não	(1) Sim	Cura __
Nebulização	(0) Não	(1) Sim	Nebul __
Orientações (educação em saúde e cuidados de saúde)	(0) Não	(1) Sim	Orient __
Acompanhamento de problema de saúde	(0) Não	(1) Sim	Probsa __
Mediram a pressão	(0) Não	(1) Sim	Pres __
Receitaram remédio	(0) Não	(1) Sim	Rece __
Pedido de exames	(0) Não	(1) Sim	Pexa __
Consulta médica	(0) Não	(1) Sim	Cons __
Entregaram medicamentos	(0) Não	(1) Sim	Medi __
Aplicaram medicação oral	(0) Não	(1) Sim	Apmedo __
Aplicaram medicação injetável	(0) Não	(1) Sim	Apmedi __
Vacina	(0) Não	(1) Sim	Vacina __
Fisioterapia	(0) Não	(1) Sim	Fisio __
Coleta de exames	(0) Não	(1) Sim	Coleta __
Trocaram a “bolsa” (paciente ostomizado)	(0) Não	(1) Sim	Bolsa __
Colocaram / trocaram sonda	(0) Não	(1) Sim	Sonda __
Benedura, chá, outros	(0) Não	(1) Sim	Benze __
Acompanhamento de parto (APENAS PARA MULHERES)	(0) Não	(1) Sim	Parto __
Outro(s)	(0) Não	(1) Sim	Outmais __
Qual(is): _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutmais__ __
<b>304. O Sr(a) gastou algum dinheiro no último atendimento que recebeu em casa?</b>			Adpdin __
(0) Não → PULE PARA 306	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
<b>305. SE SIM: Quanto?</b>	(8888) NSA	(9999) IGN	Adq __ __ __ __
R\$ _____			



<b>306. O atendimento médico foi por algum convênio, particular ou SUS?(8) NSA (9) IGN</b> (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS			Adpag __	
<b>307. O profissional que lhe atendeu em casa desta última vez era:</b> (8) NSA (9) IGN				
Médico	(0) Não (1) Sim		Admed __	
Enfermeiro	(0) Não (1) Sim		Adenf __	
Odontólogo	(0) Não (1) Sim		Adont __	
Fisioterapeuta	(0) Não (1) Sim		Adfis __	
Nutricionista	(0) Não (1) Sim		Adnut __	
Psicólogo	(0) Não (1) Sim		Adpsi __	
Educador Físico	(0) Não (1) Sim		Adef __	
Fonoaudiólogo	(0) Não (1) Sim		Adfono __	
Assistente Social	(0) Não (1) Sim		Adass __	
Agente Comunitário de Saúde	(0) Não (1) Sim		Adacs __	
Parteira	(0) Não (1) Sim		Adpart __	
Estudante(s)	(0) Não (1) Sim		Adestu __	
Outro	(0) Não (1) Sim		Aout __	
Qual: _____	(88) NSA (99) IGN		Adqout __ __	
<b>308. Quanto tempo demorou para conseguir o atendimento de saúde em casa?</b> ___ ___ dias (000) Atendido no mesmo dia (888) NSA (999) IGN			Adtp __ __ __	
<b>309. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido em casa desta última vez?</b> (8) NSA (9) IGN			Adstft __	
				
(1) Péssimo	(2) Ruim	(3) Regular	(4) Bom	(5) Ótimo

<p><b>310. Qual sua opinião sobre o atendimento de saúde que recebeu em casa desta última vez?</b> (8) NSA (9) IGN</p>  <p>(1) Péssimo      (2) Ruim      (3) Regular      (4) Bom      (5) Ótimo</p>	<p>Adstfat __</p>
<p><b>311. (#) Após ter recebido o atendimento de saúde em casa, o Sr(a) considera que seu problema:</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Piorou</p> <p>(1) Continua como antes</p> <p>(2) Melhorou um pouco</p> <p>(3) Melhorou bastante</p> <p>(4) Curou / resolveu</p>	<p>Adresv __</p>
<p><b>312. O Sr(a) recebeu alguma explicação sobre o motivo do seu atendimento em casa?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Não      (1) Sim</p>	<p>Adexp __</p>
<p><b>313. O Sr(a) recebeu alguma receita de remédio(s) neste último atendimento de saúde em casa?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Não → PULE PARA 317      (1) Sim</p>	<p>Adre __</p>
<p><b>314. O Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) pelo SUS?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Não      (1) Sim → PULE PARA 317</p>	<p>Adresus __</p>
<p><b>315. SE NÃO: O Sr(a) comprou algum remédio?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Não → PULE PARA 317      (1) Algum      (2) Todos</p>	<p>Adcomre __</p>
<p><b>316. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou?</b> (8888) NSA (9999) IGN R\$ _____</p>	<p>Megast __ __ __</p>
<p><b>317. Após este atendimento em casa, o Sr(a) foi encaminhado para atendimento em outro local?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>(0) Não → PULE PARA BLOCO DE MEDIDAS      (1) Sim</p>	<p>Adotlo __</p>
<p><b>318. SE SIM: Para onde foi encaminhado?</b> (8) NSA (9) IGN</p> <p>Posto de Saúde      (0) Não      (1) Sim</p> <p>Ambulatório do hospital      (0) Não      (1) Sim</p> <p>Ambulatório da Faculdade      (0) Não      (1) Sim</p> <p>Centro de Especialidades      (0) Não      (1) Sim</p> <p>Sindicato ou empresa / Associação de bairro      (0) Não      (1) Sim</p> <p>Consultório por Convênio ou Plano de Saúde      (0) Não      (1) Sim</p>	<p>Ubs5 __</p> <p>Ambhos5 __</p> <p>Ambfac5 __</p> <p>Centres5 __</p> <p>Sindi5 __</p> <p>Conpla5 __</p>

Consultório particular	(0) Não	(1) Sim	Conpoar5 __
CAPS	(0) Não	(1) Sim	Caps5 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outloc5 __
Qual: _____ (88) NSA (99) IGN			Qualoc5 __ __
<b>319. SE SIM: Para que tipo de atendimento foi encaminhado?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
De atendimento médico clínico geral	(0) Não	(1) Sim	Clin5 __
De atendimento médico especialista	(0) Não	(1) Sim	Espec5 __
De atendimento médico, mas não sabe qual especialidade	(0) Não	(1) Sim	Med5 __
De odontologia	(0) Não	(1) Sim	Odon5 __
De enfermagem	(0) Não	(1) Sim	Enf5 __
De fisioterapia	(0) Não	(1) Sim	Fisio5 __
De psicologia	(0) Não	(1) Sim	Psico5 __
De nutrição	(0) Não	(1) Sim	Nut5 __
De educação física	(0) Não	(1) Sim	Fisica5 __
De acupuntura	(0) Não	(1) Sim	Acup5 __
De fonoaudiologia	(0) Não	(1) Sim	Fono5 __
De serviço social	(0) Não	(1) Sim	Asoc5 __
De terapia ocupacional	(0) Não	(1) Sim	Terap5 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outat5 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Quoutat5 __ __
<b>320. O Sr(a) deixou de ter algum atendimento do(s) encaminhamento(s) feitos por quem lhe atendeu em casa?</b>	(8) NSA	(9) IGN	Adatenc __
(0) Não → PULE PARA BLOCO DE MEDIDAS (1) Sim			
<b>321. Por que o Sr(a) não teve algum atendimento do(s) encaminhamentos feitos por quem lhe atendeu em casa?</b>	(8) NSA	(9) IGN	
Agendou, mas ainda não foi atendido	(0) Não	(1) Sim	Agnfa5
Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	Susna5 __
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim	Napre5 __
Não quis	(0) Não	(1) Sim	Naoqis5 __

Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim	Naopod5 __
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim	Naocid5 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outmo5 __
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Quamot5 __ __

***OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!!!***

## **Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido**

**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia**

**Departamento de Medicina Social**

**Faculdade de Medicina**

**Universidade Federal de Pelotas, RS.**

---



### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelotas, agosto de 2008.

Prezado Sr(a),

Nós, da Universidade Federal de Pelotas, estamos realizando uma pesquisa para avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde da população brasileira, com interesse especial na qualidade dos cuidados de saúde que são oferecidos pelos serviços.

Todas as informações serão coletadas através de um questionário e da aferição da pressão arterial, do peso e da altura, os quais terão caráter sigiloso e voluntário, sem risco para a saúde e sem administração de qualquer substância, medicamento ou remédio ou exames laboratoriais. Comprometemo-nos a encaminhar os casos que necessitem de maiores cuidados para serem atendidos em algum serviço de saúde.

Assim sendo, solicitamos a gentileza de assinar o Termo de autorização abaixo, caso concorde em participar do estudo.

Em caso de esclarecimentos ou dúvidas, estaremos à sua disposição através do telefone (0xx53) 32841300, com Prof. Luiz Augusto Facchini.

#### **Consentimento Pós-Informação**

Eu, \_\_\_\_\_ fui esclarecido sobre a pesquisa para avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde da população brasileira em 2008 e concordo que os dados fornecidos sejam utilizados na realização da mesma. Pelotas, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Atenciosamente,

Luiz Augusto Facchini

Coordenador da Pesquisa

## Anexo 4 –Carta de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 152/07

Pelotas, 26 de novembro de 2007.

Ilmo.Sr.  
Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Projeto: **“Acesso e Utilização de Serviço de Saúde: Avaliação do Desempenho e da Qualidade dos Cuidados de Saúde em Municípios Brasileiros”**.

Prezado Pesquisador;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, em reunião de 23 de novembro de 2007, quanto às questões éticas e metodológicas, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como 'M. Urtiaga'.

Profª. Maria Elizabeth de O. Urtiaga  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



## RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia**



**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

Doutoranda: Ana Paula Santana Coelho Almeida  
Orientador: Luiz Augusto Facchini  
Co-Orientadora: Rita de Cássia Duarte Lima

Pelotas, 2017



O trabalho de campo da pesquisa foi desenvolvido conforme descrito na seção de metodologia do projeto. Os dados utilizados para esta tese foram obtidos a partir do Projeto AQUARES (Avaliação de Serviços de Saúde no Brasil: acesso e qualidade da atenção) realizado no período de 2008/2009 anterior ao ingresso no Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

A doutoranda integrou o grupo de pesquisa, participando das discussões junto aos demais pesquisadores, refletindo sobre os aspectos do acesso aos serviços de saúde, qualidade da atenção e desigualdades em saúde no Brasil. A aluna realizou a revisão bibliográfica a fim de apropriar-se do objeto de estudo, a qual foi fundamental na definição do marco teórico, dos objetivos e hipóteses do estudo. Foi realizado trabalho exaustivo com o banco de dados, incluindo a seleção e tratamento das variáveis referentes ao recorte da tese, e análise estatística e epidemiológica de acordo com os objetivos propostos.

Mais informações sobre o Projeto AQUARES podem ser obtidas no relatório, disponível: [https://dms.ufpel.edu.br/aquares/downloads/rela\\_aquares\\_final%20.pdf](https://dms.ufpel.edu.br/aquares/downloads/rela_aquares_final%20.pdf).

## **MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA**

---

## Modificações no Projeto de Pesquisa

O artigo 1 do projeto intitulado “Fatores determinantes do acesso aos serviços de saúde em idosos: uma revisão sistemática” foi modificado para “Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática”. Delimitou-se melhor a exposição possibilitando uma análise comparada entre estudos mais apurada.

**O artigo 2 do projeto**, “Falta de acesso aos serviços de saúde em idosos brasileiros: associação com porte populacional e cobertura de Estratégia Saúde da Família”, foi modificado para “Desigualdades na utilização de atendimento médico de idosos brasileiros segundo características sociais, do financiamento e do contexto municipal”, **apresentado como artigo 3 na tese**. Modificou-se o desfecho para utilização de atendimento médico, pois devido à baixa prevalência de falta de acesso não haveria observações suficientes para analisar as associações com as múltiplas exposições. A prevalência de falta de acesso foi avaliada no artigo 2 da tese de forma descritiva.

**O artigo 3 do projeto**, “Iniquidades no acesso ao atendimento de saúde em idosos brasileiros segundo natureza do financiamento”, foi modificado para “Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde em idosos brasileiros, **apresentado como artigo 2 na tese**. As iniquidades no acesso nesse artigo foi estudada de forma descritiva, segundo a natureza do financiamento e no artigo 3 da tese, de forma analítica. Optou-se em incrementar o estudo, analisando também a trajetória da utilização.

**ARTIGO DE REVISÃO**

**Socioeconomic determinants of access to health services in the elderly: a  
systematic review**

Aceito para publicação na Revista de Saúde Pública

---

## Artigo 1

### **Socioeconomic determinants of access to health services in the elderly: a systematic review**

Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática

Ana Paula Santana Coelho Almeida<sup>I,II</sup>

Bruno Pereira Nunes<sup>III</sup>

Suele Manjourany Silva Duro<sup>III</sup>

Luiz Augusto Facchini<sup>IV</sup>

<sup>I</sup> Departamento de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. São Mateus, ES, Brasil.

<sup>II</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

<sup>III</sup> Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

<sup>IV</sup> Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

#### **Correspondence:**

Ana Paula Santana Coelho Almeida

E-mail: [apscoelho@gmail.com](mailto:apscoelho@gmail.com)

**Received: 31 Aug 2015**

**Approved: 25 Oct 2015**

**How to cite:** Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic determinants of access to health services in the elderly: a systematic review. Rev Saude Publica. 2017;51:xx.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** The objective of this study is to analyze the association between the socioeconomic characteristics and the access to or use of health services among the elderly.

**METHODS:** This is a systematic review of the literature. The search has been carried out in the databases PubMed, Lilacs and Web of Science, without restriction of dates and languages; however we have included only articles published in Portuguese, English, and Spanish. The inclusion criteria were: observational design, socioeconomic factors as variables of interest in the analysis of the access to or use of health services among the elderly, representative sample of the target population, adjustment for confounding factors, and no selection bias.

**RESULTS:** We have found 5,096 articles after deleting duplicates and 36 of them have been selected for review after the process of reading and evaluating the inclusion criteria. Higher income and education have been associated with the use and access to medical appointments in developing countries and some developed countries. The same association has been observed in dental appointments in all countries. Most studies have shown no association between socioeconomic characteristics and the use of inpatient and emergency services. We have identified greater use of home visits in lower-income individuals, with the exception of the United States.

**CONCLUSIONS:** We have observed an unequal access to or use of health services in most countries, varying according to the type of service used. The expansion of the health care coverage is necessary to reduce this unequal access generated by social inequities.

**DESCRIPTORS:** Aged. Health Services Accessibility. Socioeconomic Factors. Health Systems. Health Inequalities. Review.

## RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar a associação entre características socioeconômicas e acesso ou utilização de serviços de saúde entre idosos.

**MÉTODOS:** Revisão sistemática da literatura. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Lilacs e Web of Science, sem restrição de datas e idiomas, entretanto foram incluídos somente os artigos publicados em português, inglês e espanhol. Foram critérios de inclusão: ter delineamento observacional; possuir os fatores socioeconômicos como variáveis de interesse na análise do acesso ou utilização de serviços de saúde entre idosos; ter amostra representativa da população alvo; fazer ajuste para fatores de confusão; e não apresentar viés de seleção.

**RESULTADOS:** Foram encontrados 5.096 artigos após a exclusão de duplicidades e 36 foram selecionados para a revisão após o processo de leitura e avaliação dos critérios de inclusão. Maior renda e escolaridade estiveram associadas à utilização e acesso a consultas médicas nos países em desenvolvimento e em alguns países desenvolvidos. A mesma associação foi observada nas consultas odontológicas em todos os países. A maioria dos estudos não apresentou associação entre características socioeconômicas e uso de serviços de internação e emergência. Foi identificado maior uso de visita domiciliar em indivíduos de menor renda, com exceção dos Estados Unidos.

**CONCLUSÕES:** Observou-se desigualdade no acesso ou na utilização de serviços de saúde na maior parte dos países, variando em relação ao tipo de serviço utilizado. A ampliação da cobertura de serviços de saúde faz-se necessária para a redução da desigualdade no acesso gerada por iniquidades sociais.

**DESCRITORES:** Idoso. Acesso aos Serviços de Saúde. Fatores Socioeconômicos. Sistemas de Saúde. Desigualdades em Saúde. Revisão.

## INTRODUCTION

Access to health services is one of the main factors in the analysis of the quality and performance of health systems<sup>14,58</sup>. Access is a set of dimensions that describe the adjustment between the individual and the health care system, i.e., it intermediates the relationship between demand and entry in the service<sup>43</sup>. The use of health services comprises all direct contact with these services and can be understood as the evidence that access has been reached<sup>55</sup>. Although related, the access to and the use of health services are not synonymous, as seen in much of the literature.

The elderly are among the population groups that use health services the most<sup>54</sup>. Aging is associated with increased prevalence of diseases and disabilities. For this reason, it is a phase of life in which the use of health services tends to increase<sup>56</sup>.

Socioeconomic characteristics can influence the patterns of use of health services. Persons with better socioeconomic conditions can obtain more easily health care services than poorer individuals. This social inequality in the access tends to be greater in countries with a private health system, in which persons have to pay for health care and insurance plans or out-of-pocket, than in countries with universal system<sup>13</sup>. In the United States, a country with predominantly private health system, the elderly belonging to the highest quintile have twice the chance to consult a doctor compared to the elderly of the lowest quintile. In France, which has a universal system, such difference is not seen<sup>2</sup>.

Education can also exert an important influence on the access to and use of health services. In addition to the strong association with income, persons with higher education tend to have greater ability in recognizing a health need and seek the care service<sup>55,57</sup>.

Despite the reduction of social inequalities with increasing age, these inequalities tend to persist, even to a lesser degree, and can influence the access to health services among the elderly. Moreover, the value of health insurance plans and contracts increases according to age, favoring the access of the wealthier elderly<sup>24</sup>



In addition to the individual characteristics, social inequalities in the access to and use of health services are also an expression of the characteristics of the health system. The availability of diagnostic and therapeutic equipment and services, the geographical distribution, the mechanisms for the financing of services, and their organization represent characteristics of the system that may facilitate or hinder the access to health services<sup>35,53,57</sup>.

The objective of this study has been to analyze the association between the socioeconomic characteristics and the access to or use of health services among the elderly.

## **METHODS**

This is a systematic review of the literature with articles indexed in electronic bases of the American National Library of Medicine and the National Institutes of Health (PubMed), the Web of Science, and the Virtual Health Library (VHL), using references of the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (Lilacs).

The descriptors used to select the studies have been chosen based on Health Sciences Descriptors (DeCS) and Medical Subject Headings (Mesh terms), and other relevant terms on the subject (highlighted in italics): ("schooling attainment" OR "family income" OR "income" OR "Socioeconomic position" OR "*Socioeconomic level*" OR "*Economic level*" OR "*Assets index*" OR "Poverty" OR "*Deprivation*" OR "Schooling" OR "education") and ("health services accessibility" OR "health services utilization" OR "access to health services") and ("elderly" OR "*major adults*" OR "*older people*" OR "aged" OR "*older adults*"). We have also examined the reference list of the selected studies.

The searches have been conducted without language and date restriction, to find all the existing articles; however we have included only articles published in Portuguese, English, and Spanish, because of the familiarity with the language. The

databases were consulted in May 2015 and the articles were moved to the software Endnote X 7.2. The duplicates have been deleted.

The inclusion criteria were: (i) any observational design, not necessarily population-based, (ii) socioeconomic factors related to income and education as variables of interest in the analysis of the access to or use of health services among the elderly, (iii) adjustment for confounding factors, at least for gender and age, and (iv) no selection bias (we considered as selection bias when reported by the author, or studies with losses greater than 50%). We have included articles that considered in their analysis of the access or use: public or private services, including medical appointments, specialist appointments, dental appointments, hospitalization, emergency services, and home visits. The articles that have assessed problems of access to or use of health services without specification have also been included. All types of measures have been considered. We have excluded the works regarding access to drugs and surgeries. We have also excluded studies relating the access or use with variables other than the socioeconomic ones.

We have included one article with persons aged over 45 years<sup>25</sup> and three with individuals aged over 50 years<sup>2,16,46</sup>, as they are cohorts whose goal has been to evaluate events in the elderly<sup>2,15</sup> or they are cross-sectional studies that have the elderly as their main focus<sup>25,46</sup>

We have read the title of the articles and deleted those unrelated to the subject of access to and use of health services. The abstracts were read and deleted as they did not meet the inclusion criteria. Articles whose titles and abstracts did not provide clarity regarding their inclusion or exclusion were kept for the next step to read them in full. We have selected the articles read in full that met the criteria. The process has been conducted by two researchers independently. Disagreements were discussed between the pair until a consensus.

We have found 5,096 articles after deleting duplicates. Of these, 4,873 were excluded after reading the titles and 162 eliminated after reading the summary. Of the 61 articles analyzed in their entirety, 33 have not met the inclusion criteria. Of these, three were descriptive, eighteen were not adjusted for gender and age, two had loss

greater than 50%, six carried out a joint analysis of adults and elderly persons, in two the outcome was not the use or access, and two were excluded because they were available only in German or Korean. From the search in the references of the selected articles, eight were included, amounting to thirty-six articles selected for this review (Figure). Table 1 presents an overview of the studies.

Selected articles have been evaluated and scored according to the methodological criteria proposed by Downs and Black<sup>15</sup>. The original version consists of twenty-seven items. This article has used the adapted version with seventeen items, considering the questions relevant to observational studies: 1) Is the hypothesis/objective of the study clearly defined?; 2) Are the main outcomes measured clearly described in the introduction or methods?; 3) Are the characteristics of the individuals clearly described?; 4) Is the distribution of the main confounding factors on the subject to be compared clearly described?; 5) Are the main findings of the study described?; 6) Does the study provide estimates of random variability of the data for the main outcomes (measures of variability)?; 7) Are the characteristics of the patients who were monitoring losses/losses/refusals described?; 8) Are the values of p described "accurately" rather than, for example,  $p < 0.05$ , except for  $p < 0.001$ ?; 9) Are the subjects invited to participate in the research representative of the population from which they were recruited?; 10) If any of the results of the study was based on "data dredging", is it clearly done?; 11) Are the statistical tests suitable to evaluate the main outcomes?; 12) Is the main outcome measured using accurate criteria/equipment (valid and replicable)?; 13) Were the study participants recruited in the same time period?; 14) Were the groups to be compared obtained from the same population?; 15) Are the confounding adjustments appropriate in the analysis from where the main findings were obtained?; 16) Are the monitoring losses taken into account?; 17) Does the study have enough power to detect an important clinical effect when the value of the probability for the difference due to chance is less than 5%? The question addressed receive one point for "yes" and zero for "no", except question 4 (0 = "no", 1 = "partially", and 2 = "yes"), resulting in a score from zero to eighteen points.

Data extraction has been performed using a spreadsheet prepared by the authors considering the information: author, year, location, sample, objective, design, outcome(s), exposure, recall period considered in the report of access to or use of health services, measure of confidence interval and effect, adjustments made, score using the method of Downs and Black<sup>15</sup>, and if the article used a theoretical model to base the hierarchical analysis of the data<sup>59</sup>, if this approach was carried out.

The descriptive synthesis of the selected articles has been carried out according to their general characteristics, related to the information obtained by the spreadsheet. The data were discussed under the context of the health system of the countries where the studies were conducted.

Based on the measure of effect, the results of the studies were classified as 'pro-rich' effect (greater access to or use of health services associated with higher income and/or higher education), 'pro-poor' effect (greater access to or use of health services associated with lower income and/or lower education), and 'no difference' (the results showed no association between income and/or education and access to or use of health services).

## RESULTS

The studies are dated from 1981 to 2014; three are from the 1980s, nine from the 1990s, and twenty-four from the 2000s, covering a wide range of countries (thirty-six articles in twenty-three countries). Three studies have been conducted in more than one country<sup>2,50,61</sup>. Most have been conducted in developed countries<sup>1,2,4,7,9,10,12,18,20,21,31,36,40,42,48-50,61,64-65</sup> (n = 21); of these, eleven have specifically studied the United States<sup>5,7,9,10,12,20,21,61,63-65</sup>. Of the studies conducted in developing countries<sup>4,6,8,11,16,24,27-29,34,44,46,47,52,60</sup> (n = 15), approximately two-thirds (n = 9) have specifically studied Brazil<sup>4,6,8,28,29,30,34,44,52</sup>.

Thirty-three studies have used cross-sectional design<sup>1,2,4-12,18,21,24,28-31,34,36,40,42,44,46,47,49,50,52,60,61,63-65</sup>, and three are of the cohort type<sup>16,20,48</sup>. The score of the

studies according to the method of Downs and Black ranged from 11 to 17. Among the criteria of Downs and Black, the most frequently found limitations are: absence of description of losses and refusals, little clarity in the description of the confounding factors, no presentation of estimates of random variability of the data, and no presentation of the exact values of p.

The studies have worked with large samples: from 401<sup>63</sup> to 30,499<sup>16</sup>. The age of the elderly has also varied. Fourteen articles have studied elderly persons aged over 60 years and other fourteen articles have studied persons aged over 65 years, representing the majority of the studies selected. An article has examined elderly persons aged over 62 years<sup>7</sup>, another from 65 to 74 years<sup>50</sup>, one from 70 to 75 years<sup>48</sup>, and one 70 years and over<sup>65</sup>. We have included in this review one article with persons aged over 45 years<sup>25</sup> and three with individuals aged over 50 years<sup>2,16,46</sup>.

Most of the publications have studied the use of health services; of these, sixteen have studied more than one outcome. Of the health services investigated in the association with socioeconomic aspects, medical appointment has been studied by sixteen studies<sup>1,2,7,9,12,18,28,42,46,49,50,60,61,63-65</sup>, fifteen have studied hospitalization<sup>1,6-9,12,18,25,28,29,46,61,63-65</sup> and one third of the publications (n = 12) has studied the use of dental appointments<sup>2,4,6,18,28,31,34,40,47,48,61,63</sup>. Two studies<sup>7,18</sup> have evaluated the use of emergency services, five the home care<sup>1,12,21,52,65</sup>, two specialist appointments<sup>10,50</sup>, three outpatient appointments<sup>8,25,30</sup>, and four the use of any health service<sup>6,11,16,44</sup>.

Two articles have as outcome problems of access (yes/no)<sup>5,20</sup> and one<sup>36</sup> has used 'delay care' (delay or interruption of the search for the health service or care) as outcome. Lima-Costa<sup>29</sup> has studied the main complaint or dissatisfaction when seeking medical attention.

The recall period adopted in the interviews has shown differences, ranging from two weeks to five years. Of the works that have addressed the use of dental, hospitalization, and specialist appointments, eight<sup>2,4,6,31,47,48,61,63</sup>, fourteen<sup>1,6,8,9,12,18,24,28,29,46,61,63-65</sup>, and two<sup>10,50</sup> have used twelve months, respectively. For home visit, one article has used three months<sup>52</sup>, and the other has considered twelve months. For medical appointments, fourteen studies have considered twelve

months before the interview<sup>1,2,7,9,12,28,46,49,50,60,61,63-65</sup>, one has considered fifteen days<sup>18</sup>, and one has considered fourteen months<sup>42</sup>.

In relation to socioeconomic exposure, twenty-one of the studies have evaluated income and education at the same time in the model<sup>1,2,4,5,8-10,21,24,30,31,34,40,42,44,46,47,49,52,60,64</sup>, nine have analyzed only education<sup>6,7,11,12,18,48,50,61,65</sup>, and six only income<sup>16,20,28,29,36,63</sup>. Eleven have used total household income<sup>1,2,5,9,10,20,21,29,31,49,52</sup>, six per capita household income<sup>16,25,28,34,36,44</sup>, five individual income<sup>30,40,42,64,63</sup>, two the wealth index<sup>2,60</sup>, and one the economic level according to the Brazilian Association of Research Companies (ABEP)<sup>4</sup>. Salinas et al.<sup>46</sup> have used the self-reported economic situation (excellent/very good/good, average, bad) and Sanchez-Garcia et al.<sup>47</sup> have analyzed paid work, dichotomously, as exposure.

Thirty studies have investigated education level in association with the use of health services. This variable has been analyzed by most studies according to the education level in categories (sixteen studies). One study has considered literacy (yes,no) and two have considered if the persons have attended school, dichotomously. Eleven articles have used the variable of years of study, being five of them categorically, five continuously, and one dichotomously (more and less than six years of study). Wallace et al.<sup>60</sup> have considered only the education of the head of the family.

Of the thirty-six selected publications, seventeen have used the hierarchical model in the analysis<sup>1,4,7,9,18,30,31,40,42,46,48,49,52,61,63-65</sup>. Of these, twelve have adopted the behavioral theoretical model of Andersen<sup>1,7,9,18,30,42,46,49,61,63-65</sup>, and one has used the theoretical model proposed by the Project of Development of Methodology for Evaluating the Performance of the Brazilian Health System (PROADESS)<sup>4</sup>. The variables used in the adjustment have included from demographic variables and health need to behavioral variables.

Brazil (n = 9) and United States (n = 11) have been the countries with the largest number of publications in this review and those which presented a higher number of studies with association between higher income and education and use of medical appointments (30% and 60%, respectively), showing a pro-rich effect. Similar trend has been observed in studies conducted in Mexico<sup>47,60</sup>, Chile<sup>60</sup>, and Uruguay<sup>60</sup>. In European

countries, we have found the same direction in effect between these variables in Austria, Greece, Germany, Belgium, Denmark, Italy, Switzerland, and Sweden<sup>2</sup> (Table 2).

Income and education have shown no effect on hospitalization in eight studies and four have found a pro-poor effect. The three studies identified<sup>7,18,63</sup> have shown no association between socioeconomic factors and emergency use. The use of home care in Brazil and Canada was higher in low-income persons and the use of dental appointment in all studies has been associated with higher income and mainly higher education, even in European countries.

Regarding specialist appointment, two studies<sup>10,50</sup> have identified pro-rich effect in Norway, Finland, and USA.

Problems of access have been associated with the highest income and education in two studies<sup>5,20</sup>, both conducted in the United States (Table 2). Persons with lower income and education presented a higher chance to report problems in the access, compared to individuals with higher income and education<sup>5,20</sup>. In Japan, low-income citizens presented a higher chance to postpone or interrupt their search for health care (delay care)<sup>36</sup>.

## **DISCUSSION**

The association between socioeconomic factors and the access to or use of health services has varied according to the countries and type of service used. Inequality in the access to medical appointments has been identified in developing countries and in some developed countries. Increased use of dental appointments in the elderly with better socioeconomic conditions has been identified in all countries. The association of socioeconomic factors with hospitalization and emergency use has been less evident: eleven studies have shown equal access<sup>7,18,20,22,29,36,42,44,,46,63</sup>. A pro-poor effect has been presented on the use of home visit. The use of this type of care was higher among the richest and most educated only in the United States<sup>21</sup>.

Socioeconomic inequalities in the access and use are related to individual characteristics, which affect the need and search for health services by the individual.

They are also associated with contextual variables, especially in relation to the characteristics and form of organization of the health system, which can reinforce or hinder social inequalities in the access to health services<sup>53,57</sup>. It is essential to discuss the findings of this systematic review considering the context of the health systems of each country under study.

Brazil and United States are the countries that have presented the highest number of articles and most studies have pointed inequalities in the use of medical appointments<sup>2,6,7,12,28,39,44,64,65</sup>. These countries present similarities in the form of access to services for the elderly, despite differences in the predominant funding of the health systems (Brazil – universal public system; United States – private system) and coverage of public services. In the United States, the elderly aged 65 years and over are covered by public insurance, Medicare, which helps in the reduction of individual spending, but it does not cover all medical expenses<sup>37</sup>. Thus, the citizen can be covered by Medicare or private insurance. In Brazil, the elderly can use the public system (Brazilian Unified Health System – SUS), which faces challenges in ensuring universal access, or have health insurance or private plan<sup>41</sup>. This conformation of the health system could allow greater access to those who can pay for the service or health plan. This increases the inequities in the use of health services and justifies the findings.

A study of Fitzpatrick et al.<sup>20</sup> has shown that 22.3% of the elderly in the United States have reported financial costs as an important barrier in the access to medical appointments, followed by transport problems (21%); the problems of access have been more frequent in lower-income individuals. Lima-Costa<sup>27</sup> has shown that having health insurance is associated with the largest number of visits to the doctor (four or more) in the last twelve months in the Brazilian elderly population.

Allin et al.<sup>2</sup> have shown greater difference in the use of medical appointments by the elderly in Austria, Germany, and Sweden, where the use is greater by persons of higher income or education. The health system is a compulsory social insurance in these countries. In the other countries of universal system, such as Canada<sup>1,49</sup> France<sup>2</sup>, Spain<sup>2,18</sup>, with the exception of Brazil and Italy, the studies have found no association,



suggesting a better performance of the system in these countries in reducing inequalities in the access to health services.

A similar result has been found in a study with the adult population in developed countries<sup>13</sup>. We have observed less inequality in the countries with universal system and greater pro-rich inequality in the United States and Mexico in the use of health services, two countries without universal coverage of the population.

Two studies have found increased number of specialist appointments in persons with higher income and education<sup>10,50</sup>. Van Doorslaer et al.<sup>13</sup> have found the same in all the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) in relation to the adult population, with the exception of England. Despite the different characteristics of the system between the countries, wealthier adults are more likely to consult a specialist than the poor and, in most countries, more often. This may be a reflection of the difficulty of articulation between the primary and secondary level of the health system, restricting the access to the specialist. In this way, wealthy persons can consult a specialist using the private system. Authors<sup>50</sup> suggest that persons with higher education are able to persuade the general practitioner to forward them even when the complaint could be cared for at the primary level.

There has been little evidence of inequality in the use of inpatient services. Studies performed in the United States<sup>7,38</sup> and Brazil<sup>8,28</sup> have identified greater use in the poorest socioeconomic groups. This result can be due to the severity with which social groups seek hospital services. Poor individuals may have further complications or comorbidities as they have less access to preventive services, increasing the need for hospitalization, compared to rich individuals<sup>3</sup>. Wang et al.<sup>62</sup> have observed an increase in the likelihood of hospitalization, according to the number of chronic conditions, and public funding of the service has been associated with greater use by poorer individuals.

Significant differences in the likelihood of visits to the dentist have been observed in developed countries, suggesting greater use in the elderly with better socioeconomic conditions. The same has been found by Tennstedt<sup>51</sup> in the United States. According to the study, persons with higher education have reported higher number of visits to the dentist in the last year. In Brazil, elder individuals with higher education and income

showed higher prevalence of recent use of dental service<sup>19</sup>. Systematic review studies prepared by Holm-Pedersen et al.<sup>23</sup> have also found disparities in the use of dental appointments in relation to income and have pointed out the costs for dental treatment as an important barrier for the access mainly for lower-income persons in Denmark, Germany, Sweden, Norway, and United Kingdom. This may be due to the fact that most public health systems do not cover dental services or cover them partially, offered mostly by private insurers or obtained out-of-pocket.

The use of home visits in Brazil and Canada has shown inequality in favor of the poorest, and there has been a pro-rich inequality in the United States. The greater use by poorer and less educated persons probably happens because of policies with a focus on equity. A similar result has been found by a systematic review prepared by Goodridge et al.<sup>22</sup>. According to the review, persons with low income and lower education tend to be more prone to receive health care at home than persons with better socioeconomic level in Canada.

Health systems, including public health programs, are in themselves an important social determinant. By extending public services, the health care system can ensure equal treatment for all social groups and, consequently, combat existing inequalities in the health conditions generated by social inequities, exercising a compensatory mechanism<sup>57,a</sup>.

The effectiveness of policies and strategies to reduce inequalities in health has been presented in studies<sup>17,26</sup>. A comparison between the distributions of the prevalence of hypertension shows a social gradient in the United States and the absence of this pattern in Canada, probably a result of the universal health coverage and policies directed to socially vulnerable segments in this country<sup>26</sup>.

Of the studies that have used hierarchical model in the analysis (17), eleven have used the theoretical model of Andersen, and one has adopted the model developed by PROADESS. The Behavioral Model of Andersen is one of the pioneers and has been

---

<sup>a</sup> Portal DSS Brasil. O setor saúde na redução das desigualdades em saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos, Políticas e Informações sobre Determinantes Sociais da Saúde; 2011 [cited 2015 Jul 2]. Available from: <http://cmdss2011.org/site/2011/08/o-papel-do-setor-saude-na-reducao-das-desigualdades-de-saude/>

developed to evaluate and understand the behavior of the use of health services by individuals<sup>57</sup>. It covers predisposing factors, enabling factors, and health need. The model proposed by PROADESS establishes a chain of hierarchical determinants. These determinants influence, distally or proximally, the use of services, which include individual characteristics, health problems, and self-perception of health<sup>4</sup>.

Most of the reviewed studies have evaluated the use of health services as outcome. Two have evaluated problems of access and one has assessed the demand satisfied. Many studies adopt the use as a proxy for access to health services. However, some authors argue that access is not equivalent to the simple use of the health service<sup>38,39,55</sup>. The use can be understood as the evidence that access has been reached. However, rates of use do not allow the determination of the degree to which the services were not used, although they have been necessary<sup>38</sup>. In the use of health services, the populations who were unable to obtain medical care (lack of access) and those that did not need health services, are considered in the same category – no use of health services. We need other ways to measure access to define more clearly the extent to which the demand is being satisfied or not.

The joint evaluation of the studies shows contrasts in the thematic approach, such as the recall period of the use of the services and the measurement of the variables of education and income, implying different methods of analysis. This can influence the measure of the effect found.

The way of measuring the outcome can also have different implications, making it difficult to compare the situations studied. Some studies have evaluated the use of inpatient services dichotomously (yes/no). Other studies have used nights of hospitalization, which may reflect the complexity of the problem and the level of health of the persons. This is because it is expected that disadvantaged persons will have worse health conditions, who may require more nights of hospitalization<sup>3,32</sup>

The analysis of the association between socioeconomic factors and the use of health services in the elderly has some complications. The first is the difficulty of measuring the socioeconomic status in the elderly. Among the persons who are retired, income and occupation status lose their meaning, making the elderly more similar in

relation to that variable, which dilutes the measure of the effect<sup>2</sup>. Another difficult is the selection of survivors<sup>45</sup>. The poorest populations present a higher morbidity and mortality rate than the average<sup>33</sup>. In this way, the survivors tend to have better socioeconomic conditions and are healthier than those who have died, which makes the population less heterogeneous and reduces the measure of the effect.

This systematic review presents limitations, such as the absence of a third researcher for the final decision of the articles to be included in this systematic review. The selection of articles only in Portuguese, English, and Spanish can also be a limitation of the study; however, we think this is a minor effect, as only two works have not been included because they have been published in another language.

The findings of this review have shown lower use of health services and problems of access by elderly persons with lower income and education, varying to a greater or lesser extent according to the country and type of service used. This fact points to inequalities in the access. Dental services have shown the greatest inequality in the use. Universal health systems have shown the greatest potential to reduce inequalities in the use of services, being a reference for countries wishing to strengthen their focus on equity.

## REFERENCES

1. Allan DE, Funk LM, Reid RC, Cloutier-Fisher D. 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). *Can J Aging*. 2011;30(1):69-82. DOI:10.1017/S0714980810000760
2. Allin S, Masseria C, Mossialos E. Measuring socioeconomic differences in use of health care services by wealth versus by income. *Am J Public Health*. 2009;99(10):1849-55. DOI:10.2105/AJPH.2008.141499
3. Andrade MV, Noronha K, Menezes RM, Souza MN, Reis CDB, Martins DR et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo

comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ Apl.* 2013;17(4):623-45. DOI:10.1590/S1413-80502013000400005

4. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(5):1063-72. DOI:10.1590/S0102-311X2009000500013

5. Auchincloss AH, Van Nostrand JF, Ronsaville D. Access to health care for older persons in the United States: personal, structural, and neighborhood characteristics. *J Aging Health.* 2001;13(3):329-54. DOI:10.1177/089826430101300302

6. Barros MB, Francisco PM, Lima MG, Cesar CL. Social inequalities in health among the elderly. *Cad Saude Publica.* 2011;27 Suppl 2:S198-208. DOI:10.1590/S0102-311X2011001400008

7. Bazargan M, Bazargan S, Baker RS. Emergency department utilization, hospital admissions, and physician visits among elderly African American persons. *Gerontologist.* 1998;38(1):25-36. DOI:10.1093/geront/38.1.25

8. Blay SL, Fillenbaum GG, Andreoli SB, Gastal FL. Equity of access to outpatient care and hospitalization among older community residents in Brazil. *Med Care.* 2008;46(9):930-7. DOI:10.1097/MLR.0b013e318179254c

9. Blazer LK, Mansfield PK. A comparison of substance use rates among female nurses, clerical workers and blue-collar workers. *J Adv Nurs.* 1995;21(2):305-13. DOI:10.1111/j.1365-2648.1995.tb02527.x

10. Blustein J, Weiss LJ. Visits to specialists under Medicare: socioeconomic advantage and access to care. *J Health Care Poor Underserved.* 1998;9(2):153-69. DOI:10.1353/hpu.2010.0451

11. Borges-Yáñez SA, Gómez-Dantés H. [Use of health services by a population of 60-year olds and older in Mexico]. *Salud Publica Mex.* 1998;40(1):13-23. Spanish.

12. Dansky KH, Brannon D, Shea DG, Vasey J, Dirani R. Profiles of hospital, physician, and home health service use by older persons in rural areas. *Gerontologist.* 1998;38(3):320-30. DOI:10.1093/geront/38.3.320

13. Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006;174(2):177-83. DOI:10.1503/cmaj.050584
14. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11):1115-8.
15. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(6):377-84. DOI:10.1136/jech.52.6.377
16. Elwell-Sutton TM, Jiang CQ, Zhang WS, Cheng KK, Lam TH, Leung GM, et al. Inequality and inequity in access to health care and treatment for chronic conditions in China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. *Health Policy Plan*. 2013;28(5):467-79. DOI:10.1093/heapol/czs077
17. Fang R, Kmetz A, Millar J, Drasic L. Disparities in chronic disease among Canada's low-income populations. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(4):A115.
18. Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. *Soc Sci Med*. 2000;50(1):17-26. DOI:10.1016/S0277-9536(99)00247-6
19. Ferreira CO, Antunes JLF, Andrade FB. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2013;47 Suppl 3:90-7. DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004721
20. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health*. 2004;94(10):1788-94. DOI:10.2105/AJPH.94.10.1788
21. Freedman VA, Rogowski J, Wickstrom SL, Adams J, Marainen J, Escarce JJ. Socioeconomic disparities in the use of home health services in a medicare managed care population. *Health Serv Res*. 2004;39(5):1277-97. DOI:10.1111/j.1475-6773.2004.00290.x

22. Goodridge D, Hawranik P, Duncan V, Turner H. Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: a scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(10):1310-9. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2012.01.002
23. Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey DB. Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom, and Germany. *J Dent Educ*. 2005;69(9):987-97.
24. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Sci Med*. 2003;57(5):861-73. DOI:10.1016/S0277-9536(02)00454-9
25. Jiang Y, Wang Y, Zhang L, Li Y, Wang X, Ma S. Access to healthcare and medical expenditure for the middle-aged and elderly: observations from China. *PLoS One*. 2013;8(5):e64589. DOI:10.1371/journal.pone.0064589
26. Kaplan MS, Huguet N, Feeny DH, McFarland BH. Self-reported hypertension prevalence and income among older adults in Canada and the United States. *Soc Sci Med*. 2010;70(6):844-9. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.11.019
27. Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):177-86. DOI:10.1590/S0102-311X200200010001828. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):745-57. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300007
29. Lima-Costa MF, Barreto SM, Firmo JO, Uchoa E. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Rev Panam Salud Publica*. 2003;13(6):387-94. DOI:10.1590/S1020-49892003000500007
30. Louvison MC, Lebrao ML, Duarte YA, Santos JL, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de

São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):733-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000400021

31. Lupi-Pegurier L, Clerc-Urmes I, Abu-Zaineh M, Paraponaris A, Ventelou B. Density of dental practitioners and access to dental care for the elderly: a multilevel analysis with a view on socio-economic inequality. *Health Policy*. 2011;103(2-3):160-7. DOI:10.1016/j.healthpol.2011.09.011
32. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468-81. DOI:10.1056/NEJMsa0707519
33. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104. DOI:10.1016/S0140-6736(05)74234-3
34. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2004;25(5):1290-7. DOI:10.1590/S0102-311X2004000500023
35. McIntyre D, Mooney G. The economics of health equity. New York: Cambridge University; 2007.
36. Murata C, Yamada T, Chen CC, Ojima T, Hirai H, Kondo K. Barriers to health care among the elderly in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(4):1330-41. DOI:10.3390/ijerph7041330
37. Noronha JCD, Ugá MAD. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: Buss PM, Labra ME, editors. Sistemas de saúde continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 1995. p. 177-218.
38. Nunes BP, Thume E, Tomasi E, Duro SM, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 2014;48(6):968-76. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005388



39. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(8):655-8.  
DOI:10.1136/jech.2003.017731
40. Osterberg T, Lundgren M, Emilson CG, Sundh V, Birkhed D, Steen B. Utilization of dental services in relation to socioeconomic and health factors in the middle-aged and elderly Swedish population. *Acta Odontol Scand*. 1998;56(1):41-7.  
DOI:10.1080/000163598423054
41. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.  
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8
42. Park JM. Health status and health services utilization in elderly Koreans. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):73. DOI:10.1186/s12939-014-0073-7
43. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40. DOI:10.1097/00005650-198102000-00001
44. Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 1999;15(3):487-96. DOI:10.1590/S0102-311X1999000300005
45. Rothman KJ, Greenland S. Modern epidemiology. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
46. Salinas JJ, Al Snih S, Markides K, Ray LA, Angel RJ. The rural-urban divide: health services utilization among older Mexicans in Mexico. *J Rural Health*. 2010;26(4):333-41. DOI:10.1111/j.1748-0361.2010.00297.x
47. Sánchez-García S, de la Fuente-Hernández J, Juárez-Cedillo T, Mendoza JM, Reyes-Morales H, Solórzano-Santos F et al. Oral health service utilization by elderly beneficiaries of the Mexican Institute of Social Security in Mexico city. *BMC Health Serv Res*. 2007;7(1):211. DOI:10.1186/1472-6963-7-211

48. Sibbritt DW, Byles JE, Tavener MA. Older Australian women's use of dentists: a longitudinal analysis over 6 years. *Australas J Ageing*. 2010;29(1):14-20. DOI:10.1111/j.1741-6612.2010.00396.x
49. Strain LA. Physician visits by elderly: testing the Andersen-Newman framework. *Can J Sociol*. 1990;15(1):19-37. DOI:10.2307/3341171
50. Suominen-Taipale AL, Koskinen S, Martelin T, Holmen J, Johnsen R. Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *Eur J Public Health*. 2004;14(4):375-80. DOI:10.1093/eurpub/14.4.375
51. Tennstedt SL, Brambilla DL, Jette AM, McGuire SM. Understanding dental service use by older adults: sociobehavioral factors vs need. *J Public Health Dent*. 1994;54(4):211-9. DOI:10.1111/j.1752-7325.1994.tb01217.x
52. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *Am J Public Health*. 2011;101(5):868-74. DOI:10.2105/AJPH.2009.184648
53. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CS. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(1):133-49. DOI:10.1590/S1413-81232000000100012
54. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5-6):365-73. DOI:10.1590/S1020-49892002000500011
55. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Suppl 2:S190-8. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800014
56. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2490-502. DOI:10.1590/S0102-311X2007001000023

- 57 Travassos C, Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, editor. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008. p. 215-46.
58. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(4):921-4. DOI:10.1590/S1413-81232012000400014
59. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7. DOI:10.1093/ije/26.1.224
60. Wallace SP, Gutiérrez VF. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):394-409. DOI:10.1590/S1020-49892005000500012
61. Wan TTH, Odell BG. Factors Affecting the Use of Social and Health Services Among the Elderly. *Ageing Soc*. 1981;1(1):95-115. DOI:10.1017/S0144686X81000068
62. Wang HH, Wang JJ, Lawson KD, Wong SY, Wong MC, Li FJ et al. Relationships of multimorbidity and income with hospital admissions in 3 health care systems. *Ann Fam Med*. 2015;13(2):164-7. DOI:10.1370/afm.1757
65. (63) Wolinsky FD, Coe RM, Miller DK, Prendergast JM, Creel MJ, Chávez MN. Health services utilization among the noninstitutionalized elderly. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):325-37. DOI:10.2307/213639964. Wolinsky FD, Coe RM. Physician and hospital utilization among noninstitutionalized elderly adults: an analysis of the Health Interview Survey. *J Gerontol*. 1984;39(3):334-41. DOI:10.1093/geronj/39.3.334
65. Wolinsky FD, Johnson RJ. The use of health services by older adults. *J Gerontol*. 1991;46(6):S345-57. DOI:10.1093/geronj/46.6.S345

**Authors' Contribution:** Data collection: APSCA, BPN. Analysis and interpretation of the data: APSCA, BPN, SMSD, LAF. Writing of the study: APSCA, BPN, SMSD. Critical review of the study: APSCA, BPN, SMSD, LAF.

**Conflict of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

**Table 1.** Studies that have evaluated the association between socioeconomic factors and the access to or use of health services among the elderly.

Author (year)	Country	Sample	Design/Age group (year)	Outcome(s)	Recall period	Downs and Black
Allan et al. <sup>1</sup> (2011)	Canada	3,424	Cross-sectional/ ≥ 65	Number of MA; nights in Hospital; HV	12 months	17
Allin et al. <sup>2</sup> (2009)	Austria Belgium France Denmark Greece Germany Italy Netherlands Spain Sweden Switzerland USA	1,828 3,626 1,585 2,937 2,909 2,636 2,473 2,836 2,300 2,972 932 18,148	Cross-sectional/ ≥ 50	MA, DA, and number of MA	12 months	13
Araújo et al. <sup>4</sup> (2009)	Brazil	597	Cross-sectional/ ≥ 60	DA	12 months	17
Auchincloss et al. <sup>5</sup> (2001)	USA	12,341	Cross-sectional/ ≥ 65	Problem in the access	12 months	17
Barros et al. <sup>6</sup> (2011)	Brazil	1,518	Cross-sectional/ ≥ 60	Use of health services, hospitalization, DA	Use of services: 2 weeks; hospitalization: 12 months; DA: 1 year	17
Bazargan et al. <sup>7</sup> (1998)	USA	1,114	Cross-sectional/ ≥ 62	MA, number of hospitalization, and emergency use	6 months	16
Blay et al. <sup>8</sup> (2008)	Brazil	6,061	Cross-sectional/ ≥ 60	Outpatient appointment and nights of hospitalization and hospitalization	Outpatient appointment: 6 months; hospitalization: 12 months	16

Blazer et al. <sup>9</sup> (1995)	USA	4,162	Cross-sectional/ ≥ 65	Have a professional reference/service; MA; nights of hospitalization	1 year	17
Blustein and Weiss <sup>10</sup> (1998)	USA	7,255	Cross-sectional/ ≥ 65	Specialist appointment	1992	14
Borges-Yanez and Gomez-Dantes <sup>11</sup> (1998)	Mexico	4,628	Cross-sectional/ ≥ 60	Use of health services	15 days	12
Dansky et al. <sup>12</sup> (1998)	USA	6,034	Cross-sectional/ ≥ 65	MA, nights of hospitalization, and HV	1992	16
Elwell-Sutton et al. <sup>16</sup> (2013)	China	30,499	Cohort/ ≥ 50	Concentration index and horizontal inequity index in the use of health services	MA: 14 days; hospitalization: 6 months	15
Fernandez-Mayoralas et al. <sup>18</sup> (2000)	Spain	3,475	Cross-sectional/ ≥ 65	MA, hospitalization, and emergency use	MA: 15 days; DA: 3 months; emergency hospitalization: 1 year	15
Fitzpatrick et al. <sup>20</sup> (2004)	USA	4,889	Cohort/ ≥ 65	Problems of access	1 year	12
Freedman et al. <sup>21</sup> (2004)	USA	4,613	Cross-sectional/ ≥ 65	HV	12 months	12
Jiang et al. <sup>25</sup> (2013)	China	2,093	Cross-sectional/ ≥ 45	Outpatient appointment and hospitalization	12 months	11
Lima-Costa et al. <sup>28</sup> (2003)	Brazil	19,068	Cross-sectional/ ≥ 65	Per capita household income	number of MC hospitalization - last 12 months	15
Lima-costa et al. <sup>29</sup> (2003)	Brazil	1,074	Cross-sectional/ ≥ 65	Total household income	12 months	17

Louvison et al. <sup>30</sup> (2008)	Brazil	2,146	Cross-sectional/ ≥ 60	Outpatient appointment	4 months	16
Lupi-Pegurier et al. <sup>31</sup> (2011)	France	9,233	Cross-sectional/ ≥ 60	DA	12 months	16
Matos et al. <sup>34</sup> (2004)	Brazil	28,943	Cross-sectional/ ≥ 60	Time elapsed after the last DA	-	16
Murata et al. <sup>36</sup> (2010)	Japan	15,302	Cross-sectional/ ≥ 65	Delay care	1 year	15
Österberg et al. <sup>40</sup> (1998)	Sweden	1,778	Cross-sectional/ ≥ 65	No visit to the dentist	1 year and 5 years	16
Park <sup>42</sup> (2014)	Korea	4,040	Cross-sectional/ ≥ 65	Number of MA	24 months	16
Pinheiro and Travassos <sup>44</sup> (1999)	Brazil	738	Cross-sectional/ ≥ 60	Use of health services	3 months	17
Salinas et al. <sup>46</sup> (2010)	Mexico	15,186	Cross-sectional/ ≥ 50	Number of MA and hospitalization	1 year	16
Sanchez-Garcia et al. <sup>47</sup> (2007)	Mexico	698	Cross-sectional/ ≥ 60	DA	12 months	15
Sibbritt et al. <sup>48</sup> (2010)	Australia	9,387	Cohort/ 70-75	DA	1 year	15
Strain <sup>49</sup> (1990)	Canada	705	Cross-sectional/ ≥ 60	Number of MA	1 year	12
Suominen-Taipale et al. <sup>50</sup> (2004)	Norway and Finland	7,919 1,283	Cross-sectional/ 65-74	MA	12 months	16
Thumé et al. <sup>52</sup> (2010)	Brazil	1,713	Cross-sectional/ ≥ 60	HV	3 months	17
Wallace and Gutierrez <sup>60</sup> (2005)	Brazil Chile Mexico Uruguay	2,143 1,301 1,247 1,450	Cross-sectional/ ≥ 60	No MA	12 months	14
Wan and	USA	1,182	Cross-	MA, DA	1 year	14

Odell <sup>61</sup> (1981)			sectional/ ≥ 60	hospitalization, and number of hospitalization		
Wolinsky et al. <sup>64</sup> (1984)	USA	15.899	Cross- sectional/ ≥ 60	Number of MA and nights of hospitalization	1 year	15
Wolinsky et al. <sup>63</sup> (1983)	USA	401	Cross- sectional/ ≥ 65	MA, DA, and hospitalization	1 year	13
Wolinsky et al. <sup>65</sup> (1991)	USA	5.151	Cross- sectional/ ≥ 70	MA, nights of hospitalization, and HV	1 year	15

DA: dental appointment; MA: medical appointment; HV: home visit; USA: United States of America

**Table 2.** Measure of effect of socioeconomic characteristics on the use of health services according to the country of study.

Outcome	Measure of effect	Country of study <sup>reference</sup>
Medical appointment	Pro-rich	Germany <sup>2</sup> , Austria <sup>2</sup> , Belgium <sup>2</sup> , Brazil <sup>6,28,30,44</sup> , Chile <sup>60</sup> , China <sup>15</sup> , Denmark <sup>2</sup> , Italy <sup>2</sup> , USA <sup>2,7,12,64,65</sup> , Greece <sup>2</sup> , Mexico <sup>60,47</sup> , Norway <sup>50</sup> , Sweden <sup>2</sup> , Switzerland <sup>2</sup> , Uruguay <sup>60</sup>
	No difference	Brazil <sup>8,60</sup> , Canada <sup>1,49</sup> , China <sup>25</sup> , Korea <sup>42</sup> , Spain <sup>2,18</sup> , USA <sup>9,61,63</sup> , Finland <sup>50</sup> , France <sup>2</sup> , Netherlands <sup>2</sup> , Mexico <sup>11,46</sup>
	Pro-poor	-
	No data	Australia, Japan
Hospitalization	Pro-rich	China <sup>25</sup> , Spain <sup>18</sup> , USA <sup>55</sup>
	No difference	Brazil <sup>42</sup> , Canada <sup>49</sup> , China <sup>20</sup> , USA <sup>18,22,29,36</sup> , Mexico <sup>46</sup>
	Pro-poor	Brazil <sup>8,29</sup> , USA <sup>7,61</sup>
	No data	Germany, Australia, Austria, Belgium, Chile, Korea, Denmark, Finland, France, Greece, Netherlands, Italy, Japan, Norway, Sweden, Switzerland, Uruguay
Dental appointment	Pro-rich	Germany <sup>2</sup> , Australia <sup>48</sup> , Austria <sup>2</sup> , Belgium <sup>2</sup> , Brazil <sup>4,6,28,34</sup> , Denmark <sup>2</sup> , Spain <sup>2,18</sup> , USA <sup>2,61,63</sup> , France <sup>2</sup> , Greece <sup>2</sup> , Netherlands <sup>2</sup> , Italy <sup>2</sup> , Mexico <sup>47</sup> , Sweden <sup>2,40</sup> , Switzerland <sup>2</sup>
	No difference	-

	Pro-poor	-
	No data	Canada, Chile, China, Korea, Finland, Japan, Norway, Uruguay
Emergency	Pro-rich	-
	No difference	Spain <sup>18</sup> , USA <sup>7,63</sup>
	Pro-poor	-
	No data	Germany, Australia, Austria, Belgium, Brazil, Canada, Chile, China, Korea, Denmark, Finland, France, Greece, Netherlands, Italy, Japan, Mexico, Norway, Sweden, Switzerland, Uruguay
Home visit	Pro-rich	USA <sup>21</sup>
	No difference	USA <sup>12,65</sup>
	Pro-poor	Brazil <sup>52</sup> , Canada <sup>1</sup>
	No data	Germany, Australia, Austria, Belgium, Chile, China, Korea, Denmark, Finland, France, Greece, Netherlands, Italy, Japan, Mexico, Norway, Sweden, Switzerland, Uruguay
Problems of access	Pro-rich	USA <sup>5,20</sup>
	No difference	-
	Pro-poor	-
	No data	Germany, Australia, Austria, Belgium, Brazil, Canada, Chile, China, Korea, Denmark, Finland, France, Greece, Netherlands, Italy, Japan, Mexico, Norway, Sweden, Switzerland, Uruguay
Specialist appointment	Pro-rich	USA <sup>10</sup> , Finland <sup>50</sup> , Norway <sup>50</sup>
	No difference	-
	Pro-poor	-
	No data	Germany, Australia, Austria, Belgium, Brazil, Canada, Chile, China, Korea, Denmark, France, Greece, Netherlands, Italy, Japan, Mexico, Sweden, Switzerland, Uruguay

USA: United States of America

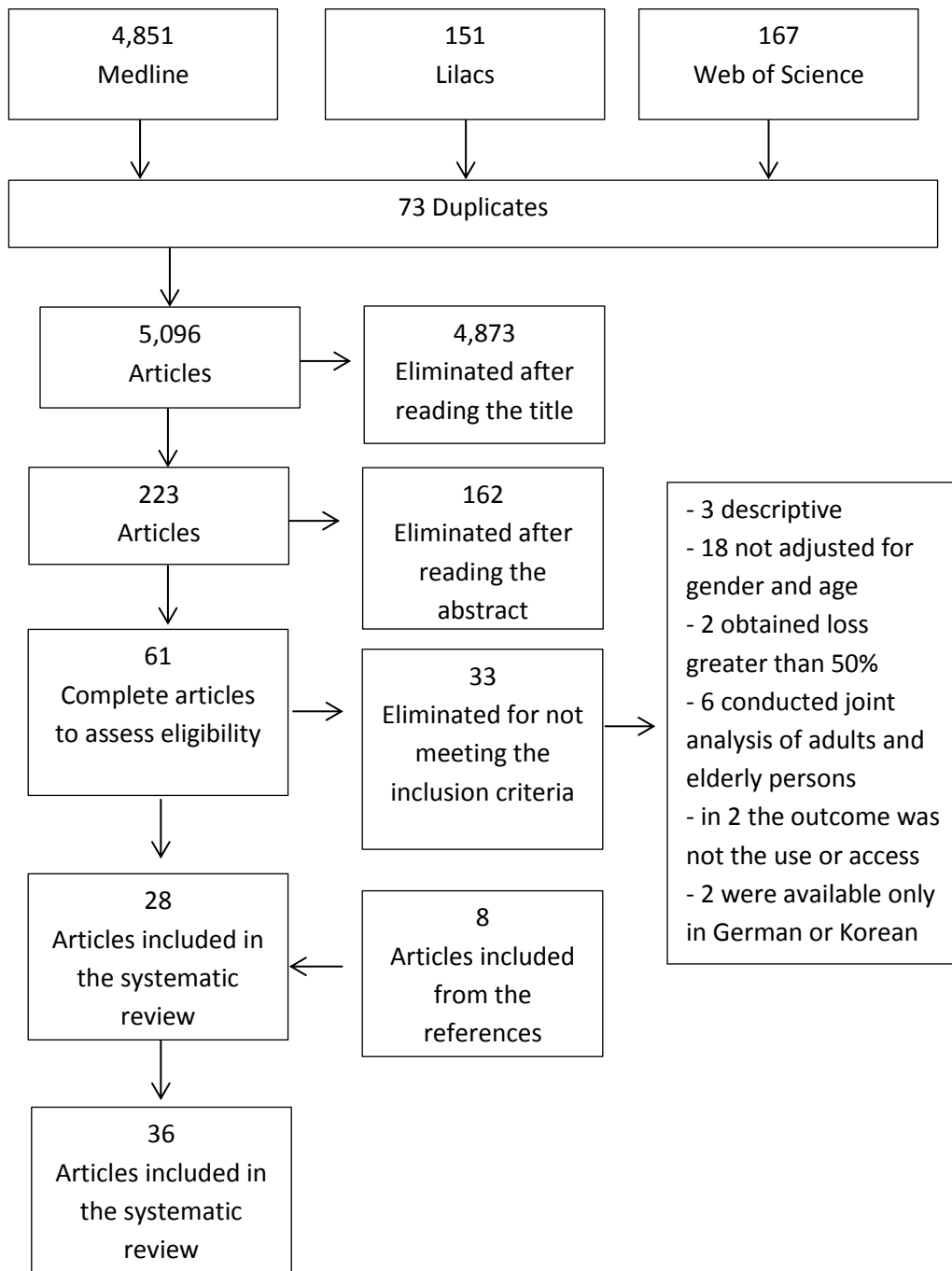
Pro-rich: results that have favored greater use by persons with higher income or education.

Pro-poor: results that have favored greater use by persons with lower income or education.

No difference: income or education has shown no effect in relation to the use of services.

No data: lack of data considering the countries of the studies included in the review.





**Figure.** Flow diagram of the process of selection of articles in the different phases of the systematic review.

**ARTIGO 2**

**Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde em idosos brasileiros**

Artigo a ser submetido à Revista de Saúde Pública

---

## Artigo 2

### **Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde em idosos brasileiros**

Lack of Access and the Path of Healthcare Use among Brazilian Elderly Persons

Ana Paula Santana Coelho Almeida<sup>I,II</sup>

Bruno Pereira Nunes<sup>III</sup>

Suele Manjourany Silva Duro<sup>III</sup>

Rita de Cássia Duarte Lima<sup>IV</sup>

Luiz Augusto Facchini<sup>V</sup>

<sup>I</sup> Departamento de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. São Mateus, ES, Brasil.

<sup>II</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

<sup>III</sup> Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

<sup>IV</sup> Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, Brasil.

<sup>V</sup> Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

#### **Correspondência:**

Ana Paula Santana Coelho Almeida

E-mail: [apscoelho@gmail.com](mailto:apscoelho@gmail.com)

## **Resumo**

**Objetivo:** Descrever a falta de acesso e a trajetória da utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros, segundo a natureza pública (SUS) ou privada (convênio e desembolso direto) do financiamento.

**Métodos:** Estudo transversal de base populacional com 6.624 idosos com mais de 60 anos, residentes em áreas urbanas de 100 municípios de 23 estados brasileiros, nas cinco regiões geopolíticas. Investigou-se a falta de acesso e a trajetória até a efetivação do uso de serviços de saúde (internação e cuidado de emergência nos últimos 12 meses; consulta médica nos últimos três meses). As variáveis foram analisadas de acordo com a natureza do financiamento para acessar o serviço (SUS, convênio e desembolso direto). A análise foi realizada por meio da prevalência das variáveis e seus respectivos intervalos de confiança.

**Resultados:** A prevalência de falta de acesso foi relativamente baixa, alcançando 2,5% nos serviços de internação, 2,1% em pronto-socorro, e apenas 0,6% no atendimento médico. O SUS foi responsável pela maior parte dos atendimentos. Aspectos positivos do SUS em relação ao privado foram o maior número de atendimentos médicos realizados na cidade de residência e menor frequência de dinheiro gasto para se deslocar até o local de atendimento. O privado se destacou em relação à baixa frequência de tempo de espera mais longo e maior frequência de encaminhamentos para consulta de revisão após internação.

**Conclusões:** Os achados reforçam a importância do SUS no Brasil na promoção da equidade e universalidade apesar das deficiências ainda existentes. Tanto no sistema público quanto no privado faz-se necessária maior articulação dos níveis de atenção na perspectiva da integralidade no cuidado à pessoa idosa.

**Descritores:** Idoso. Acesso aos Serviços de Saúde. Sistemas de Saúde. Sistema Único de Saúde. Seguro Saúde.

## **Abstract**

**Objective:** To describe lack of access to healthcare and the trajectory until the actual use of the system in Brazilian elderly persons, according to either the public (SUS) or private (private insurance and cash-pay) nature of funding.

**Methods:** This is a population-based cross-sectional study with 6,624 elderly persons over 60 years old who live in urban areas of 100 cities of 23 Brazilian states in all five geopolitical regions of the country. Lack of access and the trajectory until effective use of healthcare services (hospitalization and emergency care in the previous 12 months; medical visit in the previous three months) were investigated. Those variables were analyzed according to the nature of funding to access the service (SUS, private insurance, cash-pay). The analysis was carried out through the prevalence of variables and their respective confidence intervals.

**Results:** The prevalence of lack of access was relatively low, reaching 2.5% for hospitalizations, 2.1% for emergency rooms, and only 0.6% for medical visits. SUS accounted for most of the care provided. Positive aspects of SUS compared to the private system were the higher number of medical visits in the city of residence and the lower frequency of patients spending money to present at the site of care. The private system stands out in face of the low frequency of long waiting times and higher frequency of referrals to return visits after hospitalization.

**Conclusions:** The findings in the present study highlight the importance of SUS in Brazil in promoting equality and universality despite the deficiencies still seen. In both the public and private systems, greater articulation among the different healthcare levels is required from the standpoint of integral healthcare to elderly persons.

**Descriptors:** Aged. Health Services Accessibility. Health Systems. Unified Health System. Insurance, Health.

## Introdução

A mudança no perfil e na dinâmica demográfica mundial tem como manifestação a tendência de envelhecimento da população. No Brasil, esse fenômeno se iniciou mais recentemente e de forma mais rápida, quando comparado a países mais desenvolvidos, trazendo consigo grande impacto social, exigindo mudanças nas políticas públicas<sup>44</sup>. Na saúde, esse cenário demanda a reconfiguração dos serviços, com readequação da oferta e qualificação de recursos humanos, garantindo acesso para atendimento das necessidades de saúde dessa população.

Os idosos são grandes usuários do sistema de saúde<sup>40</sup>. No Brasil, a prevalência de utilização de consulta médica nos 12 meses anteriores à entrevista, foi de 79,9% em idosos residentes em área urbana e 68,6% em área rural de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003<sup>42</sup>.

De maneira geral, o acesso tem sido conceituado como o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, ou como a oportunidade de ingressar no sistema de saúde<sup>41</sup>. A utilização de serviço de saúde é caracterizada pela garantia do atendimento, ou seja, se refere à parcela da população que procurou o serviço de saúde e obteve êxito. Há crescente disponibilidade de trabalhos sobre utilização de serviços de saúde no Brasil, entretanto são escassos estudos observacionais que abordem outras dimensões do acesso. Devido à dificuldade de se obter medidas de acesso em seu domínio mais amplo, a maior parte dos estudos tem adotado a utilização de serviços de saúde como *proxy* do acesso.

Embora ainda exista considerável debate sobre o conceito de acesso à saúde, parte dos autores concordam que acesso não equivale à utilização do serviço de saúde<sup>28, 31, 41</sup>. Essa medida não permite conhecer a respeito daqueles indivíduos que não conseguiram atendimento. Propõe-se, nessa perspectiva, a mensuração da falta de acesso compreendida como a proporção de pessoas que necessitaram de cuidados de saúde, procuraram o serviço, mas não conseguiram o atendimento.

O sistema de saúde brasileiro possui um formato peculiar em relação a outros países no que se refere ao financiamento, prestação de serviços, arranjos e natureza dos

prestadores, possibilitando que o acesso aos serviços seja dado pelo sistema público e/ou privado, eventualmente em um mesmo serviço. A proteção social da saúde é garantida por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que se constitui num sistema público, de caráter nacional e universal. No entanto, o SUS coexiste com um forte sistema privado, constituído por planos e seguros de saúde e a possibilidade de contratação de serviços via desembolso direto<sup>3, 37</sup>.

Conhecer a trajetória do usuário até a efetivação do uso tanto no público quanto no privado é fundamental na avaliação do desempenho do sistema de saúde. Muitos estudos com abordagem qualitativa se empenharam em abordar a temática<sup>10</sup>, ao passo que estudos observacionais são raros, particularmente entre idosos. São escassos estudos comparando prestações de serviços públicos e privados.

Buscando contribuir para o conhecimento sobre o desempenho do sistema de saúde, o presente trabalho tem como objetivo descrever a falta de acesso e a trajetória da utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros, segundo a natureza pública (SUS) ou privada (convênio e desembolso direto) do financiamento.

## **Método**

Estudo transversal de base nacional, realizado em 2009, avaliou acesso aos serviços de saúde no Brasil, com ênfase no desempenho e na qualidade dos cuidados de saúde - AQUARES. Para o presente estudo, utilizou-se amostra composta por idosos com 60 anos ou mais de idade residentes em 100 municípios brasileiros de pequeno, médio e grande porte de 23 estados das cinco regiões geopolíticas do Brasil. Foram incluídos no estudo idosos residentes na zona urbana, moradores em domicílios particulares e coletivos.

O tamanho da amostra foi estimado com base nas prevalências do desfecho encontradas no estudo de Green<sup>18</sup>. Considerando uma prevalência de falta de acesso de 0.7%, assumindo um erro de 0.2 pp e um efeito de delineamento de 1,4, incluindo 15% para perdas e recusas, seria necessário estudar 6.000 idosos.

Foi realizado um processo de amostragem por múltiplos níveis. O primeiro nível foi representado pelo porte do município, o segundo pelo município, o terceiro por setores censitários urbanos, o quarto por domicílios e o quinto e último nível por indivíduos elegíveis residentes nos domicílios. Ao interior de cada porte, os municípios foram sorteados aleatoriamente. Em cada município os setores censitários urbanos também foram definidos através de sorteio aleatório. Em cada setor foram localizados 30 domicílios, com início aleatório e “pulo” sistemático de 10 domicílios. Em cada domicílio foram incluídos todos os indivíduos elegíveis, ainda que se ultrapassasse a cota de indivíduos definida no setor censitário.

A coleta de dados foi realizada em 2009 por 55 entrevistadores selecionados e treinados que utilizaram um dispositivo de mão (PDA - Personal Digital Assistant). Os dados foram armazenados em computadores portáteis e transferidos para a sede de estudo via Internet. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi padronizado e pré-testado, e era composto por questões socioeconômicas, demográficas, bem como por questões relativas à utilização de serviços de saúde tanto no público quanto no privado.

Os entrevistados foram questionados se receberam algum cuidado de saúde recentemente (internação e cuidado de emergência nos últimos 12 meses; consulta médica nos últimos três meses), a fim de investigar utilização. Em caso de não usar algum serviço no período, a falta de acesso foi caracterizada quando um indivíduo referiu precisar de atendimento de saúde, ter buscado e não ter conseguido. Foi mensurado através da seguinte sequência de questionamentos: Desde <Três meses atrás>, o Sr(a) foi atendido por algum médico? Se não: Apesar de não ter sido atendido por médico, o Sr(a) precisou deste atendimento? Se precisou: O Sr(a) buscou atendimento médico desde <Três meses atrás>? Se buscou atendimento médico: por qual motivo não foi atendido? As questões para investigar internação hospitalar, atendimento em pronto-socorro seguiram o mesmo padrão, entretanto se referiam a um período de 12 meses.



Questões coletadas a fim de investigar a trajetória até a efetivação do uso foram: se o indivíduo foi encaminhado (*encaminhado ou conta própria*) e qual serviço encaminhou para aquele serviço de saúde (*Unidade de Saúde, Pronto-atendimento do convênio, ambulatório do hospital, consultório por convênio, consultório particular, outros*); tempo de espera para conseguir o atendimento (*mesmo dia, 1 a 5 dias, 6 a 15 dias, 16 a 30 dias, 31 a 60 dias, mais de 60 dias*); se foi atendido no município onde mora (*sim/não*); tempo de transporte até outro município (*15 minutos ou menos, 16 a 30 minutos, 31 a 60 minutos, 61 a 120 minutos, mais de 120 minutos*) motivos pelos quais teve que ir até outro município (*não tem médico, não atendem este tipo, não gosta do atendimento, não resolvem, outro motivo*); formas de transporte até o local de atendimento (*caminhando, Ônibus/lotação/Van/Kombi, Ambulância/ SAMU, carro particular, taxi, outra maneira*) gastos com transporte (*sim/não*); se recebeu encaminhamento (*sim/não*) e se conseguiu atendimento no local para onde foi encaminhado (*sim/não*). Todas as perguntas se referiam ao último atendimento médico, última internação ou último atendimento em pronto-socorro.

Essas variáveis foram analisadas de acordo com a natureza do financiamento para acessar o serviço. O financiamento foi categorizado em convênio, quando os serviços prestados eram contratados por convênios, planos e seguros de saúde; particular, quando obtidos mediante desembolso direto e SUS, quando prestados pelo sistema público.

Variáveis descritivas individuais foram sexo (masculino/feminino), raça/cor auto-declarada (branca, preta, parda, indígena e amarela), idade em anos (60 a 64, 65 a 69, 70 a 79, 80 ou mais), educação em anos (nenhum, de um a quatro, de cinco a oito, de nove a onze, doze a mais), classificação econômica de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (A/B, C e D/E), região geopolítica do país (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul) e população do município (até 20.000; 20.001 a 100.000; 100.001 a 500.000; mais de 500.000 habitantes).

A análise foi realizada por meio da prevalência das variáveis e seus respectivos intervalos de confiança. Utilizou-se o pacote estatístico Stata 13.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Processo 152/07). Todos entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

## **Resultados**

Foram identificados 7.015 idosos. Perdas e recusas totalizaram 5,6%, resultando em 6.624 indivíduos incluídos no estudo, dos quais 59% eram mulheres, 52,9% declararam-se pardos, 40,3%, brancos e 34,1% possuíam entre 70 e 79 anos de idade. A proporção de idosos que não completaram ao menos um ano de estudo foi de 37,8%, outros 36,8% possuíam entre um e quatro anos e 7,4% tinham entre oito e 11 anos de estudo completos. A maioria dos indivíduos pertencia a famílias da classe C (41,8%), residia na região sudeste do país (35,3%), em municípios com mais de 500 mil habitantes (32,3%) (Tabela 1).

### *Atendimento médico*

Nos três meses anteriores a entrevista, 46,0% (IC95% 44,8-47,2) dos idosos receberam atendimento médico e 1,5% (IC95% 1,1-1,9), referiu a necessidade de atendimento, apesar de não ter sido atendido. Desses, 32,1% (IC95% 19,1-45,1) buscaram o atendimento, resultando em 0,6% (IC95% 0,4-0,9) de falta de acesso (Tabela 2).

Dentre aqueles que consultaram, 27,8% (IC95% 26,2- 29,5) o fizeram via convênio, 10,4% (IC95% 9,3- 11,5) por desembolso direto e 61,8% (IC95% 60,0; 63,5) via SUS<sup>a</sup>. A maioria dos idosos buscou o serviço por conta própria nos três tipos de financiamento (88% - IC95% 86,8-89,1). Dos que utilizaram o SUS, 13,8% (IC95% 12,3-15,5) chegaram ao serviço por encaminhamento, contra 10,3% (IC95% 8,3-12,5) dos que utilizaram convênio e 6,4% (IC95% 3,9-9,7) dos que utilizaram via particular. A Unidade Básica de Saúde foi a maior responsável pelos encaminhamentos do SUS (77% - IC95% 71,3-82), consultório particular foi a maior fonte de encaminhamentos de usuários por desembolso direto (60% - IC95% 36,1-80,9) e os usuários de convênio em

---

<sup>a</sup> Dados não apresentados na tabela.

sua maioria foram encaminhados por consultório vinculados ao convênio (70,9% - IC95% 60,1-80,2) (Tabela 3).

Cerca de metade dos idosos conseguiu atendimento no mesmo dia, independentemente do tipo de financiamento. Espera de até cinco dias foi observada para 25,9% (IC95% 22,9-29) dos usuários do convênio, 27,9% (IC95% 23-33,3) dos que utilizaram via particular e 15% (IC95% 13,4-16,7) dos idosos que foram atendidos pelo SUS. Os usuários do SUS foram os que tiveram maior frequência de tempo de espera superior a 60 dias (6,9% IC95% 5,8-8,1).

A maioria dos que consultaram pelo SUS foi caminhando até o local de atendimento (57,9% - IC95% 55,6-60,1), e somente 13,6% (IC95% 11,4-16,1) dos usuários do convênio e 13,1% (IC95% 9,6-17,3) do particular utilizaram essa forma de deslocamento. Carro particular foi o meio de transporte mais utilizado pelos idosos que consultaram pelo convênio (53,5% - IC95% 50,3-57,2) e via particular (53,7% - IC95% 48-59,3). Apenas 16,8% - (IC95% 15,1-18,6) dos atendidos pelo SUS citaram essa forma de transporte.

Dos respondentes que consultaram pelo SUS, 9,5% (IC95% 8,2-10,9) gastaram algum dinheiro com transporte, contra 20,8% (IC95% 18,1-23,7) dos usuários do convênio e 28,5% (IC95% 23,6-33,9) daqueles atendidos via particular.

Os idosos atendidos pelo convênio (15,2% - IC95% 12,8-17,8) e particular (24,6% - IC95% 19,9-29,8) apresentaram maior frequência de atendimento fora do município de residência, quando comparados aos que utilizaram o SUS (5,7% - IC95% 4,7-6,8). O motivo mais citado para consultar em outra cidade foi não existir o tipo de atendimento na cidade (34,1% - IC95% 28,8-39,7). Dentre os pacientes que utilizaram o convênio e particular, 20,3% (IC95% 13,7-28,3) e 26% (IC95% 16,6-37,2) respectivamente, referiram ter consultado em outro município por não gostar do atendimento em sua cidade, enquanto 9,7% (IC95% 4,8-17,1) dos atendidos pelo SUS citaram essa justificativa.

Dentre os idosos que foram atendidos fora do município de residência, cerca de um terço dos respondentes referiram um tempo de deslocamento de 31 a 60 minutos até o município de atendimento e 14,3% (IC95% 10,5-18,8), um tempo superior a 120 minutos, sem diferença entre as formas de financiamento.

Do total de respondentes, os usuários de convênio foram os que menos receberam encaminhamento para atendimento em outro local após a consulta (4,8% - IC95% 3,4-6,4), em contraposição aos usuários do SUS (8,2% - IC95% 7-9,6), em sua maioria encaminhados para uma unidade básica de saúde (30,9% - IC95% 23,7-38,9).

### *Internação hospitalar*

Do total, 11,1% (IC95% 10,36-11,89) dos idosos foram internados ao menos uma vez no último ano. Dentre aqueles que não foram internados, 0,32% informaram ter necessitado de internação, conferindo uma prevalência de falta de acesso de 2,5% (Tabela 2). A maioria dos indivíduos foi internada pelo SUS (60,4% - IC95% 56,8-64,0), 32,1% por convênio (IC95% 28,6-35,5) e 7,5% particular (IC95% 5,7-9,6)<sup>b</sup>.

Aqueles que foram internados por convênio, em sua maioria foram encaminhados pelo consultório do convênio (63,3%), a maior parte dos que internaram via particular foram encaminhados pelo consultório particular (42,6%), e aqueles internados pelo SUS foram encaminhados, em sua maioria, pela unidade básica de saúde (31,4%) e pronto socorro do SUS (27,7%). Ambulatório do hospital também foi responsável por um grande número de encaminhamentos para internação feita via convênio (14,7% - IC95% 10,4-20), particular (37% - IC95% 24,3-51,3) e pelo SUS (27,7% - IC95% 23,5-32,2) (Tabela 4).

O tempo para conseguir a internação não diferiu entre as três vias de acesso, concentrando entre 0 a 3 dias de espera. Os idosos que internaram pelo SUS tiveram maior frequência de tempo de espera superior a 31 dias, entretanto, sem diferença estatística.

---

<sup>b</sup> Dados não apresentados na tabela.

O meio de transporte mais utilizado para se deslocar até o local de internação foi carro particular em todas as formas de financiamento, totalizando 56,1% (IC95% 52,4-59,7). Entretanto, os idosos que internaram pelo SUS utilizaram menos essa forma de transporte (47,2% - IC95% 42,4-51,9). Ambulância ou SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) foram mais utilizados pelos idosos que internaram pelo SUS (28,1% - IC95% 23,9-32,5).

Os usuários que internaram por via particular foram o que mais internaram fora do município de residência (48,2% - IC95% 34,3-62,7), enquanto aqueles que o fizeram via SUS foram os que menos saíram de sua cidade de residência para hospitalização (22,7% - IC95% 18,8-26,9), entretanto sem diferença em relação aos idosos que internaram via convênio (26,3% - IC 95% 21,6-31,5). A maior parte das pessoas necessitou se deslocar pelo fato do município ser desprovido do tipo de atendimento hospitalar requerido (40,3% -IC95% 33,2-47,7). Apesar de haver sobreposição dos intervalos de confiança, os usuários do SUS foram o que menos alegaram ter internado em outro município por não gostar do atendimento.

Aproximadamente um terço dos respondentes referiu tempo de deslocamento de 31 a 60 minutos até o município de internação. Os usuários do SUS foram aqueles que mais citaram tempo de deslocamento superior a 120 minutos (21,1% - IC95% 13,4-30,6), mas sem diferença entre as formas de financiamento.

Do total de respondentes, a menor frequência de encaminhamento para consulta de revisão foi observada entre os que internaram pelo SUS (37,9% - IC95% 33,2-42,6), valor significativamente menor do que o observado para usuários de convênio e particular.

### *Pronto socorro*

A prevalência de utilização de pronto-socorro nos 12 meses anteriores à entrevista foi de 16,5% (IC95% 16,6; 17,3) e 0,42% dos que não utilizaram referiram ter necessitado, conferindo uma falta de acesso de 2,1% (IC95% 1,3; 3,1) (Tabela 2). A maior parte dos

atendimentos foi pelo SUS (85,4% - IC95% 83,1; 87,5)<sup>c</sup>. Grande parte dos idosos foi ao serviço por conta própria e aguardou de 1 a 15 minutos para ser atendido, sem diferença em relação ao tempo de espera entre convênio (32,4% - IC95% 24,6-40,9), particular (35,7% - IC95% 12,8-64,9) e SUS (35,7% - IC95% 32,5-39) (Tabela 5).

Apenas 5,4% (IC95% 4-7,4) dos idosos atendidos pelo SUS saíram do município de residência, contra 13% (IC95% 7,9-19,8) dos que utilizaram via convênio e 14,3% (IC95% 1,8-42,8) dos atendidos por via particular. Nas três formas de financiamento, o principal motivo de ter que se deslocar até outro município foi não haver pronto-socorro no local. 65,6% dos idosos atendidos fora do domicílio de residência referiram tempo de deslocamento inferior a 30 minutos.

Não houve diferença entre as três formas de financiamento em relação ao recebimento de encaminhamento para consulta de revisão e realização da mesma. A prevalência de encaminhamento foi de 21,5% (IC95% 15,1-29,4) entre os idosos atendidos pelo convênio, 21,4% (IC95% 7,5-50,8) entre os atendidos via particular e 14% (11,7-16,4) entre os atendidos pelo SUS.

## **Discussão**

A prevalência de falta de acesso reportada pelos idosos foi relativamente baixa nos três tipos de serviços, alcançando 2,5% nos serviços de internação, 2,1% em pronto-socorro, e apenas 0,6% no atendimento médico. O achado reforça a relevância do SUS para a universalidade e integralidade da atenção à saúde no Brasil. A maior parte dos atendimentos foi realizada pelo SUS, especialmente os de pronto-socorro (85,4%). O SUS também foi responsável por realizar cerca de 60% das internações e consultas médicas, e o convênio responsável por 32,1% das internações e 27,8% das consultas médicas. A utilização de serviços por desembolso direto foi pequena nos três tipos de serviços. Portanto, o SUS é um sistema de saúde que protege o idoso do risco financeiro, garantindo mais equidade e cidadania<sup>16</sup>.

---

<sup>c</sup> Dados não apresentados na tabela.

A baixa falta de acesso identificada é convergente com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Em 2003 a PNAD<sup>d</sup> identificou 1,2% da população maior de 65 anos sem êxito na primeira ou última tentativa de atendimento, num período de duas semanas, alcançando a prevalência de 1,8% em 2008<sup>e</sup>. De acordo com a PNS 2013 a falta de acesso em idosos maiores que 60 anos correspondeu a 3,2% considerando a primeira tentativa num período de duas semanas<sup>29</sup>. A diferença entre a taxa encontrada no presente estudo e na PNAD deve ser ponderada considerando a diferença do período recordatório adotado nos estudos. Neste trabalho o período foi maior que o adotado pela PNAD. Dessa forma, os usuários tiveram mais tempo para realizar tentativas até conseguir atendimento resultando em menor falta de acesso. Além disso, a PNAD se restringia somente à primeira ou última tentativa e a PNS à primeira tentativa.

A baixa taxa de falta de acesso no atendimento médico pode ser resultado da melhoria da cobertura de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no país que tratam os idosos como grupo prioritário nas ações de saúde. Além disso, o atendimento a pessoas com hipertensão e diabetes também são prioridades nesse nível de atenção, doenças com alta prevalência na terceira idade<sup>7, 38</sup>.

Estudo realizado em Porto Alegre demonstrou que os serviços de Atenção Primária foram utilizados por 49,7% dos idosos nos seis meses anteriores a entrevista, motivados por sua localização próxima a residência, qualidade e “gratuidade”. O principal motivo referido pelos respondentes para não terem utilizado um serviço de APS foi o fato de terem plano de saúde (46,9%)<sup>32</sup>. À semelhança de outros achados no país<sup>14, 35</sup>, o referido estudo também observou a associação entre ter doença crônica e utilizar serviço de APS.

---

<sup>d</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD: acesso e utilização dos serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro (RJ); 2005 [cited 2014 Dec 8]. Available from: [http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/.arquivos/integra\\_saude\\_ibge\\_2003](http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/.arquivos/integra_saude_ibge_2003)

<sup>e</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2010. 256 p.

A proporção de internação de idosos nos últimos 12 meses observada neste estudo foi compatível com a da PNAD de 2008, que evidenciou prevalência anual de 13,5%. No México estudo realizado em 2000 encontrou prevalência de 9,9%<sup>36</sup>. Na China a taxa encontrada foi de 17,8% em 2012<sup>19</sup>. A taxa anual de utilização de pronto socorro neste estudo foi semelhante à encontrada na Espanha (14,7%)<sup>17</sup>.

A população idosa parece ter mais acesso aos serviços de saúde quando comparada à população adulta. Estudo realizado com base no mesmo inquérito populacional utilizado neste trabalho encontrou, na população de 20 a 59 anos, uma taxa de falta de acesso à consulta médica de 2,1%, 3,5 vezes maior do que a observada em idosos<sup>12</sup>. A PNAD demonstrou, para os adultos, taxas de falta de acesso de 2,2% e 2,8% em 2003 e 2008, respectivamente. Em relação à internação também foi observada menor taxa de falta de acesso comparada aos adultos, que foi de 3% de acordo com o estudo de Dilélio et al.<sup>12</sup>. No atendimento em pronto socorro as taxas foram idênticas para adultos e idosos (2,1%).

Indivíduos idosos também utilizam mais os serviços de saúde. Em adultos a taxa de utilização de consulta médica foi de 34,6% de acordo com estudo de Dilélio et al.<sup>11</sup> e a taxa de internação na população de 20 a 64 anos foi de 7,4% segundo a PNAD 2008. A população idosa geralmente é acometida de maior frequência de condições crônicas de saúde e incapacidades, inclusive manifestando simultaneamente várias morbidades<sup>30</sup>, tendendo a aumentar a necessidade de utilizar os serviços de saúde<sup>15,23, 42, 43</sup>.

Políticas com foco no idoso podem estar contribuindo para essa realidade, promovendo acessibilidade e atendimento prioritário à pessoa idosa<sup>6</sup>. Além disso, o SUS por sua natureza pública e gratuita facilita o acesso, especialmente em caso de busca persistente pelo serviço, que pode ser mais frequente em pessoas já aposentadas, sem inserção tão presente em atividades ocupacionais.

O presente estudo demonstrou grande utilização de serviços de saúde ofertados pelo SUS, especialmente em pronto socorro. Idosos encontram dificuldades em contratar planos de saúde em virtude das altas mensalidades e acabam dependendo dos serviços do SUS. Segundo pesquisa realizada pelo Idec, a média dos preços dos



planos de saúde individuais/familiares mais baratos ofertados na cidade de São Paulo compromete cerca de 40% da renda mensal dos idosos, enquanto a média dos valores globais compromete 70% da renda<sup>f</sup>. De acordo com a ANS, menos de 20% da população idosa que recebe até 1 salário mínimo possui planos de saúde. Já na faixa correspondente a uma renda superior a cinco salários mínimos, esse percentual é em torno de 85%<sup>9</sup>.

No que tange aos encaminhamentos, identificou-se uma relação predominante de acordo com a natureza do financiamento, ou seja, do privado para privado e do público para público. Os idosos que utilizaram pronto socorro em sua maioria foram por conta própria. Especificamente no SUS, a Unidade de Saúde e o pronto socorro foram os serviços que mais encaminharam para consulta médica e internação. Dessa forma, evidenciam-se serem essas as principais portas de entrada para o sistema público de saúde, com predomínio da Atenção Primária à Saúde, como defende a proposta de organização de redes de atenção à saúde<sup>21, 27</sup> adotada pelo SUS<sup>8</sup>.

O SUS demonstrou bom desempenho não apenas no acesso e na utilização de serviços, mas também no tempo para conseguir atendimento, não diferindo substancialmente do sistema privado. Em torno de metade dos idosos conseguiu consultar o médico no mesmo dia, sem diferença entre as formas de financiamento, e 7,3% demoraram mais de 30 dias. Para tempo de espera maior, o SUS destoa, embora a diferença não seja muito expressiva. Já nos atendimentos de internação e pronto socorro não houve diferença entre público e privado, se concentrando entre zero a três dias o tempo para conseguir internar e de 1 a 15 minutos para conseguir atendimento no pronto socorro.

---

<sup>f</sup> Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor- IDEC. Nem vem que não tem. Revista do Idec, agosto, 2014. Disponível em [http://www.idec.org.br/uploads/revistas\\_materias/pdfs/190-capa-planos-de-saude1.pdf](http://www.idec.org.br/uploads/revistas_materias/pdfs/190-capa-planos-de-saude1.pdf). Acesso em 22 de agosto de 2016.

Em 1999, estudo de Wallace e Gutiérrez<sup>45</sup> demonstrou que em torno de 21% dos idosos da cidade de São Paulo e Santiago, no Chile, esperaram 30 dias ou mais para conseguir consulta. Na cidade do México e Montevideu esse percentual foi de 27,1% e 12,5%, respectivamente. Na população geral, de acordo com trabalho de Dubeux<sup>13</sup> nos hospitais regionais de Pernambuco, o tempo de espera para o atendimento no serviço de urgência e emergência agrupou-se principalmente em até 30 minutos (53,7%).

A grande maioria dos atendimentos foi realizada na cidade de residência do idoso. No uso de serviços de internação observou-se maior percentual de atendimentos em outro município, com destaque para aqueles que o fizeram por desembolso direto, não havendo diferença entre SUS e planos privados. O uso de consulta médica e atendimento de pronto socorro fora do município de residência foi menos frequente no SUS comparado ao plano. Esse fato pode apontar para maior capilaridade da APS no sistema público, garantindo acesso ao atendimento médico mais próximo a residência e maior racionalidade no uso do serviço.

Na perspectiva das redes de atenção e da regionalização na saúde, os serviços de Atenção Primária devem ser o mais amplamente distribuído no território, devendo ser ofertados em todos os municípios, e os serviços mais especializados, como internação, podem ser concentrados em determinada localidade. A concentração geográfica e ampliação da cobertura populacional dos serviços mais complexos são formas de garantir o acesso e sua utilização adequada por todos que deles necessitam, otimizando os recursos disponíveis no território<sup>8</sup>.

O fato de não haver diferença entre o SUS e planos de saúde na internação em municípios diferentes da residência pode demonstrar o quão imbricado estão o público e o privado na oferta de serviços de saúde hospitalares. Estudos têm demonstrado que um mesmo prestador oferta serviços tanto para o SUS quanto para planos de saúde em um determinado território<sup>1, 33</sup>. Já as pessoas que realizam desembolso direto podem fazer escolhas mais livremente e muitas vezes optam por utilizar serviços em outros municípios mais distantes.

A justificativa mais frequente dos idosos que utilizaram consulta médica por desembolso direto em outro município foi por não gostar do atendimento, enquanto no SUS e plano, por não haver o serviço no município. Esse fato ao mesmo tempo em que pode refletir a capacidade de escolha do prestador pelo cliente, pode refletir também a satisfação com o serviço ofertado. Somente 9,7% dos idosos que utilizaram consulta médica pelo SUS relataram terem feito em outro município por não gostar do atendimento. Outros estudos também têm demonstrado grande satisfação dos idosos com serviços de consulta médica no SUS<sup>5, 25</sup>.

A maioria dos idosos foi caminhando para obter atendimento médico pelo SUS, enquanto os atendidos pelo plano ou por desembolso direto foram de carro particular de forma preponderante. Essa evidência reforça tanto o argumento de que os serviços do SUS são ofertados mais próximo de casa, quanto a existência de diferenças da condição socioeconômica de idosos usuários de serviços com diferentes formas de financiamento. Entretanto, a maior frequência de utilização de carro particular para serviços de internação e pronto socorro também por parte dos atendidos pelo SUS, reforça a hipótese de proximidade dos serviços de consulta médica no SUS. De acordo com estudo de Rodrigues<sup>35</sup> realizado nas regiões sul e nordeste do Brasil, aproximadamente 50% dos idosos que consultaram em nível ambulatorial utilizaram a unidade básica de saúde de abrangência.

Ambulância ou SAMU foram transporte mais utilizados em atendimentos pelo SUS, ainda assim foram menos citados por idosos que utilizaram pronto-socorro, independente da forma de financiamento utilizado. Estudo realizado em Pernambuco na população geral<sup>13</sup>, ao caracterizar possíveis obstáculos enfrentados pelos usuários até a chegada aos hospitais regionais de atendimento a urgências e emergências, observou que o meio de transporte utilizado se concentrou em veículos dependentes da iniciativa dos usuários como carro particular ou ônibus. O transporte dos usuários decorrente da responsabilidade de outros serviços de saúde foi mencionado por somente 14,1%, que utilizaram o carro da unidade de saúde, e por 9,4% e 1,8%, que, respectivamente, utilizaram o SAMU ou a ambulância da prefeitura.

Esses fatos podem indicar a insuficiência ou precariedade do serviço de transporte sanitário, mas também ser reflexo da demanda espontânea do usuário ao serviço, como demonstrado neste estudo, possivelmente em situações de menor gravidade.

O tempo de transporte gasto por idosos que consultaram ou internaram fora do município de residência se concentrou entre 31 a 60 minutos. Para os idosos que utilizaram pronto-socorro o tempo de deslocamento foi ainda menor (menos de 30 minutos) indicando que esses serviços foram ofertados dentro de sua região de saúde. Para Lima et al<sup>22</sup>, a organização do sistema de saúde em regiões e o enfoque territorial no planejamento governamental são fundamentais para ampliar e assegurar o acesso da população aos serviços de saúde de diversos tipos conforme as diretrizes do SUS de universalidade e integralidade.

Os idosos atendidos pelo SUS foram os que menos relataram gasto de dinheiro para ir até o local do atendimento nos três tipos de serviço, entretanto com diferença significativa entre as formas de financiamento somente na consulta médica. O mesmo resultado foi encontrado para os adultos no estudo de Dilélio<sup>11</sup>. A responsabilização do sistema de saúde em garantir o transporte até o local do atendimento é fundamental para assegurar o acesso universal e igualitário aos cidadãos, especialmente quando se trata de idosos com dificuldade de locomoção.

Poucos idosos foram encaminhados para atendimento em outro local, sugerindo resolutividade da consulta médica tanto no público quanto no privado, apesar da diferença encontrada entre SUS (8,2%) e plano de saúde (4,8%). A grande maioria conseguiu realizar o atendimento sem diferença entre as formas de financiamento. Resultado semelhante foi encontrado por Dilélio<sup>11</sup> entre adultos, em seu estudo 7,1% dos entrevistados receberam esse tipo de encaminhamento, sendo mais frequente entre os atendidos pelo SUS (8,7%). A maior frequência de encaminhamentos no SUS pode ser justificada pelo fluxo de encaminhamento pré-estabelecido entre os níveis de atenção no sistema público<sup>2</sup>. No privado é comum que os usuários recorram diretamente ao especialista.

Quando se avalia a continuidade do cuidado após atendimento em pronto socorro e internação observam-se falhas. Apenas 15,1% dos idosos atendidos em pronto socorro foram encaminhados para consulta de revisão, não havendo diferença entre público e privado. Pouco menos da metade dos entrevistados tiveram alta da internação com encaminhamento para consulta de revisão. A menor frequência observada foi no SUS (39,8%), evidenciando a fragmentação dos serviços e precariedade na articulação com a Atenção Primária à Saúde. Estudo de Dilélio<sup>12</sup> encontrou prevalência de 14,9% de encaminhamento para consulta de revisão após atendimento em pronto socorro e 57,1% após alta hospitalar entre adultos brasileiros.

Neste estudo foi adotada a prevalência de falta de acesso como uma forma de mensuração de acesso. Muitos estudos adotam a utilização como proxy de acesso aos serviços de saúde. Entretanto, alguns autores defendem que acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde<sup>28, 31, 41</sup>. A utilização pode ser compreendida como a evidência de que o acesso foi alcançado. Entretanto, as taxas de utilização não permitem determinar o grau em que os serviços não foram usados, embora tenham sido necessários<sup>28</sup>. No uso de serviços de saúde, as populações que não conseguiram atendimento (falta de acesso) e aquelas que não precisaram de serviços de saúde, são consideradas em uma mesma categoria – não uso de serviços de saúde. Assim, a mensuração da falta de acesso busca evidenciar em que medida a demanda está sendo satisfeita ou não.

Uma fragilidade que pode ser destacada neste estudo foi a abordagem adotada que não permitiu mensurar as tentativas despendidas pelo idoso para conseguir o atendimento. Dessa forma, a medida de falta de acesso não considera as buscas fracassadas anteriores ao sucesso. Isso deve ser ponderado ao contrastar com as maiores prevalências encontradas na PNAD, que considera a primeira ou última tentativa.

O presente estudo aponta para avanços no sistema público de saúde brasileiro na assistência a pessoa idosa, demonstrando poucas diferenças do SUS em relação ao privado no que tange ao uso, tempo de espera e resolutividade. Aspectos positivos do

SUS em relação ao privado foram o maior número de atendimentos médicos realizados na cidade de residência do idoso e menor frequência de dinheiro gasto para se deslocar até o local de atendimento. O privado se destaca quando observamos a baixa frequência de tempo de espera mais longo e maior frequência de encaminhamentos para consulta de revisão após internação.

Os achados do estudo reforçam a importância do SUS no Brasil na promoção da equidade, facilitando o acesso universal a saúde para a população idosa, apesar das deficiências ainda existentes. Tanto no sistema público quanto no privado faz-se necessária maior articulação dos níveis de atenção com vistas a oferecer continuidade do cuidado na perspectiva da integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa.

## Referências

1. Almeida APSC, Lima LD. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. *Saude debate*. 2015; 39(n. Especial):51-63.
2. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010; 26( 2 ): 286-298.
3. Bahia L. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1988-2008. In: Lima JCF, Matta GC, organizadores. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
4. Barros MBdA, Francisco PMSB, Lima MG, César CLG. Social inequalities in health among the elderly. *Cad Saude Publica*. 2011;27(supl.2):s198-s208.
5. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cienc saude coletiva*. 2013; 18(1):103-114.
6. Brasil. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 1994; jan 5.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI.
8. Brasil. Decreto 7508 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 pro-vidências. Diário Oficial da União 2011; jun 29
9. Brasil. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2012.
  10. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2011; 16 (11):4433-4442. ISSN 1413-8123.
  11. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FCV, Piccini RX et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(12):2594-2606.
  12. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FCV, Piccini RX, et al. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. *Rev Saude Publica*. 2015;49:1-15.
  13. Dubeux LS, Freese E, Felisberto E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis*. 2013; 23( 2 ): 345-369.
  14. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2006; 11(3):669-681.
  15. Facchini LA, Nunes BP, Duro SMS, Thumé E, Siqueira F, Fripp JC, et al. Iniquidades socioeconômicas no acesso e na qualidade da atenção ao diabetes entre idosos brasileiros. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). CONASS Debate: a crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2014.
  16. Facchini, LA; Thumé, E; Nunes, BP; Silveira, D; Siqueira, FCV; Silva, SM; Pinto, HA; Fassa, AG; Garcia, LP; Tomasi, E. Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In: Michael R. Reich; Keizo Takemi. (Org.). Governing health systems : for nations and communities around the world. 1aed. Brookline: Lamprey & Lee, 2015, p. 203-236.
  17. Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. *Soc Sci Med*. 2000;50(1):17-26. DOI:10.1016/S0277-9536(99)00247-6
  18. Green, LA, Fryer, GE, Jr., Yawn, BP, Lanier, D, Dovey, SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J med*. 2001;344(26):2021-5.

19. Jiang Y, Wang Y, Zhang L, Li Y, Wang X, Ma S. Access to healthcare and medical expenditure for the middle-aged and elderly: observations from China. *PloS One*. 2013;8(5):e64589. DOI:10.1371/journal.pone.0064589
20. Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, organizadores. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 151-60.
21. Kuschnir, R.; Chorny, A. H. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. *Cienc Saude Coletiva*. 2010; 15(5):2307-2316.
22. Lima LD, Viana ALÁ, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17( 11 ): 2881-2892.
23. Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 499-514
24. Lima-Costa MF, Barreto SM, Firmo JO, Uchoa E. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Rev Panam Salud Publica*. 2003;13(6):387-94. DOI:10.1590/S1020-49892003000500007
25. Lima-Costa MF; Loyola Filho Ald. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2008; 17(4):247-257.
26. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ESd. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):733-40.
27. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.
28. Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS; Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saude Publica*; 2014; 48(6): 968-976.
29. Nunes, BP, Flores, T. R. ; Garcia, L. P. ; Chiavegatto Filho, A. D. P. ; Thumé, E. ; Facchini, L. A. . Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2016a; 25:777-787.
30. Nunes BP, Flores TR, Mielke, GI, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016b;67:130-138. DOI: 10.1016/j.archger.2016.07.008



31. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58(8):655-8.
32. Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(6):2935-44.
33. Portela MC, Lima SML, Ugá MAD, Gerschman S, Vasconcellos MTL. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(2): 399-408.
34. Richards SH, Coast J, Peters TJ. Patient reported use of health service resources compared with information from health providers. *Health Soc Care Community*. 2003; 11:510-8.
35. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(10):2267-78.
36. Salinas JJ, Al Snih S, Markides K, Ray LA, Angel RJ. The rural-urban divide: health services utilization among older Mexicans in Mexico. *J Rural Health*. 2010;26(4):333-41. DOI:10.1111/j.1748-0361.2010.00297.x
37. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2008; 13(5):1431-1440.
38. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl 2):74-82
39. Suominen-Taipale AL, Koskinen S, Martelin T, Holmen J, Johnsen R. Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *Eur J Public Health*. 2004;14(4):375-80. DOI:10.1093/eurpub/14.4.375
40. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5-6):365-73. DOI:10.1590/S1020-49892002000500011
41. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Suppl 2:S190-8. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800014
42. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(10):2490-502.

43. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *Am J Public Health*. 2011;101(5):868-74. DOI:10.2105/AJPH.2009.184648
44. Veras R, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saude Publ*. 2007; 23(10):2479-2489.
45. Wallace SP, Gutiérrez VF. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):394-409. DOI:10.1590/S1020-49892005000500012

**Tabela 1- Descrição de características demográficas e socioeconômicas da amostra. Brasil, 2009.**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (n=6616)</b>		
Masculino	2714	41
Feminino	3902	59
<b>Cor da pele (n=6456)</b>		
Branca	2604	40,3
Preta	376	5,8
Parda	3412	52,9
Indígena/amarela	64	1
<b>Idade em anos completos (n=6601)</b>		
60 a 64	1661	25,2
65 a 69	1647	25
70 a 79	2251	34,1
80 ou mais	1042	15,8
<b>Estado civil atual (n=6613)</b>		
Solteiro	685	10,4
Casado	3384	51,2
Separado/divorciado	483	7,3
Viúvo	2061	31,2
<b>Escolaridade em anos completos (n=6538)</b>		
Nenhum	2470	37,8
Um a quatro	2408	36,8
Cinco a oito	851	13
Nove ou mais	809	12,4
<b>Classificação econômica (Abep) (n=6346)</b>		
A/B	1079	17
C	2650	41,8
D/E	2617	41,2
<b>Região (n=6624)</b>		
Centro-Oeste	707	10,7
Nordeste	1514	22,9
Norte	558	8,4
Sudeste	2338	35,3
Sul	1507	22,8
<b>Porte populacional (n=6624)</b>		
até 20.000	719	10,9
20.001 a 100.000	1754	26,5
100.001 a 500.000	2009	30,3
Mais de 500.000	2142	32,3

**Tabela 2. Falta de acesso no atendimento médico, na internação hospitalar e no atendimento em pronto-socorro entre idosos. Brasil, 2009.**

<b>Tipo de serviço</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95%IC</b>
<b>Atendimento médico (n=6590)</b>	3029	46,0	44,8; 47,2
Apesar de não ter sido atendido, precisou de atendimento (n=3561)	53	1,5	1,1; 1,9
Buscou atendimento (n=53)	17	32,1	19,1; 45,1
Falta de acesso no Consulta Médica (n=3046)	17	0,6	0,4; 0,9
<b>Internação hospitalar (n=6592)</b>	732	11,1	10,36;11,89
Apesar de não ter internado, houve indicação médica para internar mas não internou (n=5860)	19	0,32	0,2;0,51
Falta de acesso na internação (n=751)	19	2,5	1,53;3,92
<b>Pronto Socorro (n=6591)</b>	1084	16,45	16,6; 17,3
Apesar de não ter sido atendido, precisou de atendimento mas não conseguiu (n=5507)	23	0,42	0,25; 0,6
Falta de acesso no Pronto Socorro (n=1107)	23	2,1	1,3; 3,1

**Tabela 3- Características da utilização do atendimento médico entre idosos. Brasil, 2009.**

Variável	Convênio (n=840)		Particular (n=313)		SUS (n=1865)		Total	
	% (n)	IC95%	% (n)	IC95%	% (n)	IC95%	% (n)	IC95%
<b>Foi encaminhado por algum serviço de saúde (n=3006)</b>								
Encaminhado	10,3 (86)	8,3-12,5	6,4 (20)	3,9-9,7	13,8 (256)	12,3-15,5	12,0 (362)	10,9-13,2
Conta própria	89,7 (752)	87,5-91,7	93,6 (293)	90,3-96,1	86,2 (1599)	84,5-87,3	88,0 (2644)	86,8-89,1
<b>Que serviço encaminhou para consulta médica (n=362)</b>								
Unidade de Saúde	5,8 (5)	1,9-13	15 (3)	3,2-37,9	77,0 (197)	71,3-82	56,6 (205)	51,3-61,8
Pronto-atendimento do convênio	4,7 (4)	1,3-11,5	0		0		1,1 (4)	0,3-2,8
Ambulatório do hospital	12,8 (11)	6,6-21,7	15 (3)	3,2-37,9	10,5 (28)	7,1-15	11,6 (42)	8,5-15,4
Consultório por convênio	70,9 (61)	60,1-80,2	5 (1)	0,1-24,9	0,8 (2)	0,1-2,8	17,7 (64)	13,9-22
Consultório particular	2,3 (2)	0,3-8,1	60 (12)	36,1-80,9	2,3 (6)	0,9-5	5,5 (20)	3,4-8,4
Outro	3,5 (3)	0,7-9,9	5 (1)	0,1-24,9	9 (23)	5,8-13,2	7,5 (27)	5-10,7
<b>Quanto tempo demorou até conseguir o atendimento (n=2965)</b>								
No mesmo dia	46,9 (390)	43,4-50,3	53,6 (165)	47,8-59,2	50,7 (925)	48,4-53	50,0 (1480)	48,2-51,8
1 a 5 dias	25,9 (215)	22,9-29	27,9 (86)	23-33,3	15,0 (273)	13,4-16,7	19,4 (574)	18-20,9
6 a 15 dias	17,9 (149)	15,4-20,7	12,7 (39)	9,2-16,9	13,8 (251)	12,3-15,5	14,8 (439)	13,5-16,1
16 a 30 dias	6,9 (57)	5,2-8,8	3,3 (10)	1,6-5,9	10,4 (190)	9-11,9	8,7 (257)	7,7-9,8
31 a 60 dias	1,0 (8)	0,4-1,9	1,6 (5)	0,5-3,7	3,3 (60)	2,5-4,2	2,5 (73)	2-3,1
Mais de 60 dias	1,6 (13)	0,8-2,7	1,0 (3)	0,2-2,8	6,9 (126)	5,8-8,1	4,8 (142)	4-5,6
<b>O local onde foi atendido pelo médico fica na cidade onde mora (n=3010)</b>								
Não	15,2 (127)	12,8-17,8	24,6 (77)	19,9-29,8	5,7 (105)	4,7-6,8	10,3 (309)	9,2-11,4
<b>Tempo de transporte até o município para atendimento (n=301)</b>								
15 minutos ou menos	2,4 (3)	0,5-6,9	2,7 (2)	0,3-9,3	9,9 (10)	4,9-17,5	5,0 (15)	0,1-2,4

16 a 30 minutos	27,2 (34)	19,6-35,9	29,3 (22)	19,4-41	20,8 (21)	13,4-30	25,6 (77)	20,7-30,9
31 a 60 minutos	35,2 (44)	26,9-44,2	36,0 (27)	25,2-47,9	31,7 (32)	22,8-41,7	34,2 (103)	28,9-39,9
61 a 120 minutos	23,2 (29)	16,1-31,6	17,3 (13)	9,6-27,8	20,8 (21)	13,4-30	20,9 (63)	16,5-26
Mais de 120 minutos	12,0 (15)	6,9-19	14,7 (11)	7,6-24,7	16,8 (17)	10,1-25,6	14,3 (43)	10,5-18,8
<b>Por que teve que ir para outra cidade (n= 308)</b>								
Não tem médico	12,5 (16)	7,3-19,5	16,9 (13)	9,3-27,1	11,7 (12)	6,2-19,5	13,3 (41)	9,7-17,6
Não atendem este tipo	25,0 (32)	17,8-33,4	27,3 (21)	17,7-38,6	30,5 (52)	21,5-39,9	34,1 (105)	28,8-39,7
Não gosta do atendimento	20,3 (26)	13,7-28,3	26,0 (20)	16,6-37,2	9,7 (10)	4,8-17,1	18,2 (56)	14-23
Não resolvem	2,3 (3)	4,9-6,7	13,0 (10)	6,4-22,6	7,8 (8)	3,4-14,7	6,8 (21)	4,3-10,2
Outro motivo	39,8 (51)	31,3-48,9	16,9 (13)	9,3-27,1	20,4 (21)	13,1-29,5	27,6 (85)	22,7-33
<b>Como foi até o local de atendimento médico (n=3002)</b>								
Caminhando	13,6 (114)	11,4-16,1	13,1 (41)	9,6-17,3	57,9 (1073)	55,6-60,1	40,9 (1228)	39,1-42,7
Ônibus/lotação/Van/Kombi	26,4 (221)	23,4-29,5	25,9 (81)	21,1-31,1	16,7 (309)	15-18,5	20,4 (611)	19-21,9
Ambulância/ SAMU	0,8 (7)	0,3-1,7	1,3 (4)	0,3-3,2	2,7 (50)	2-3,5	2,0 (61)	1,5-2,6
Carro particular	53,8 (450)	50,3-57,2	53,7 (168)	48-59,3	16,8 (311)	15,1-18,6	31,0 (929)	29,4-32,7
Taxi	5,0 (42)	3,6-6,7	5,8 (18)	3,4-8,9	2,1(38)	1,5-2,9	3,3 (98)	2,7-4
Outra maneira	1,7 (14)	0,9-2,8	2,6 (8)	1,1-5	3,9 (72)	3,1-4,9	3,1 (94)	2,5-3,8
<b>Gastou algum dinheiro para ir até o local do atend. médico (n=3004)</b>								
Sim	20,8 (174)	18,1-23,7	28,5 (89)	23,6-33,9	9,5 (177)	8,2-10,9	14,7 (440)	13,5-16
<b>Saiu da consulta encaminhado para atendimento em outro local? (n=3003)</b>								
Sim	4,8 (40)	3,4-6,4	5,1 (16)	3-8,2	8,2 (152)	7-9,6	6,9 (208)	
<b>Conseguiu atendimento no local para onde foi encaminhado (n=208)</b>								
Sim	72,5 (29)	56,1-85,4	87,5 (14)	61,7-98,4	61,2 (93)	53-69	65,4 (136)	58,5-71,8

**Tabela 4 – Características da utilização da Internação hospitalar entre idosos. Brasil, 2009.**

Que serviço encaminhou para internação (n=718)	Convênio (n=232)		Particular (n=54)		SUS (n=437)		Total	
	% (n)	IC95%	% (n)	IC95%	% (n)	IC95%	% (n)	IC95%
Unidade de saúde	2,6 (6)	1-5,6	7,4 (4)	2,1-17,9	31,4 (136)	27,1-36	20,3 (146)	17,4-23,5
Pronto-socorro do SUS	4,8 (11)	2,4-8,4	3,7 (2)	0,5-12,7	27,7 (120)	23,5-32,2	18,5 (133)	15,7-21,6
Ambulatório do hospital	14,7 (34)	10,4-20	37,0 (20)	24,3-51,3	27,7 (120)	23,5-32,2	24,2 (174)	21,1-27,5
Consultório por convênio	63,6 (147)	57,1-70	5,6 (3)	1,2-15,4	1,2 (5)	0,4-2,8	21,6 (155)	18,6-24,8
Consultório particular	4,3 (10)	2,1-7,8	42,6 (23)	29,2-56,8	4,6 (20)	2,8-7	7,4 (53)	5,6-9,5
Outro	9,9 (23)	6,4 - 14,5	3,7 (2)	0,5-12,7	7,3 (32)	2,1 - 17,9	7,9 (57)	6,1 - 10,2
<b>Quanto tempo demorou até conseguir internar (n=710)</b>								
0 a 3 dias	86,1(198)	80,9-90,3	81,5 (44)	68,6-90,7	82,6 (352)	78,7-86,1	83,7 (594)	80,7-86,3
4 a 10 dias	7,0 (16)	4-11,1	9,3 (5)	3,1-20,3	3,5 (15)	2-5,7	5,1 (36)	3,6-7
11 a 20 dias	1,7 (4)	0,5-4,4	7,4 (4)	2,1-17,9	3,5 (15)	2-5,7	3,2 (23)	2,1-4,8
21 a 30 dias	2,6 (6)	1-5,6	0		3 (13)	1,6-5,2	2,7 (19)	1,6-4,1
31 e mais	2,6 (6)	1-5,6	1,9 (1)	0-9,9	7,3 (31)	5-10,2	5,4 (38)	3,8-7,3
<b>Internou na cidade onde mora (n=723)</b>								
Não	26,3 (61)	21,6-31,5	48,2 (26)	34,3-62,7	22,7 (99)	18,8-26,9	25,7 (186)	22,6-29,1
<b>Tempo de transporte até o município para atendimento (n=181)</b>								
15 minutos ou menos	6,7 (4)	1,8-16,2	26,9 (7)	11,6-47,8	14,7 (14)	8,3-23,5	13,8 (25)	9,1-19,7
16 a 30 minutos	20 (12)	10,8-32,3	19,2 (5)	6,6-39,4	21,1 (20)	13,4-30,6	20,4 (37)	14,8-27,1
31 a 60 minutos	38,3 (23)	26,1-51,8	19,2 (5)	6,6-39,4	22,1 (21)	14,2-31,8	27,1 (49)	20,7-34,2
61 a 120 minutos	23,3 (14)	13,4-36	23,1 (6)	9-43,6	21,1 (20)	13,4-30,6	22,1 (40)	16,3-28,9
Mais de 120 minutos	11,7 (7)	4,8-22,6	11,5 (3)	2,4-30,2	21,1 (20)	13,4-30,6	16,6 (30)	11,5-22,8
<b>Por que teve que ir para outra cidade (n= 186)</b>								
Não tem hospital	9,8 (6)	3,7-20,2	11,5 (3)	2,4-30,2	21,2 (21)	13,6-30,6	16,1 (30)	11,2-22,2
Não tem médico	1,6 (1)	0-8,8	3,9 (1)	0,1-19,6	8,1 (8)	3,6-15,3	5,4 (10)	2,6-9,7

Não atendem este tipo	27,9 (17)	17,4-40,8	50 (13)	29,9-70,1	45,5 (45)	35,4-55,8	40,3 (75)	33,2-47,7
Não gosta do atendimento	25,6 (15)	15,8-39,1	15,4 (4)	4,3-34,9	9,1 (9)	4,2-16,6	15,1 (28)	10,2-21
Outro motivo	36,1 (22)	24,2-49,4	19,2 (5)	6,6-39,4	16,2 (16)	9,5 - 24,9	23,1 (43)	17,3-29,8
<b>Como foi para o hospital para internar (n=731)</b>								
Caminhando	5,2 (12)	2,7-8,7	7,4 (4)	2-17,3	5,3 (23)	3,3-7,8	5,4 (39)	3,8-7,2
Ônibus/lotação/Van/Kombi	8,2 (19)	4,9-12,3	3,7 (2)	0,4-12,3	9,5 (41)	7-12,7	8,6 (62)	6,7-10,9
Ambulância/ SAMU	12,1 (28)	8,4-17,2	1,9 (1)	0,5-9,6	28,1 (122)	23,9-32,5	21 (151)	18,2-24,2
Carro particular	67,2(156)	61-73,3	79,6 (43)	67,6-89,8	47,2 (205)	42,4-51,9	56,1 (404)	52,4-59,7
Taxi	5,6 (13)	3-9,2	3,7 (2)	0,4-12,3	6,0 (26)	3,9-8,6	5,7 (41)	4,2-7,7
Outra maneira	3,4 (8)	1,5 -6,6	7,1 (4)	2-17,3	5 (22)	3,2-7,5	4,7 (34)	3,2 - 6,4
<b>Foi necessário gastar algum dinheiro para ir até o hospital (n=721)</b>								
Sim	22,0 (51)	16,8-27,9	26,0 (14)	15-39,7	18,9 (82)	15,3-22,8	20,4 (147)	17,5-23,5
<b>Saiu do hospital encaminhado para consulta de revisão? (n=712)</b>								
Sim	54,6 (125)	48,1-61,3	63,0 (34)	48,7-75,7	37,9 (162)	33,2-42,6	45,1 (321)	41,4-48,8



**Tabela 5- Características da utilização do atendimento em pronto socorro entre idosos. Brasil, 2009.**

<b>Foi encaminhado por algum serviço de saúde (n=1049)</b>	<b>Convênio (n=139)</b>		<b>Particular (n=14)</b>		<b>SUS (n=896)</b>		<b>Total</b>	
	<b>% (n)</b>	<b>IC95%</b>	<b>% (n)</b>	<b>IC95%</b>	<b>% (n)</b>	<b>IC95%</b>	<b>% (n)</b>	<b>IC95%</b>
Encaminhado	3,6 (5)	1,2-8,2	0		4,6 (41)	3,3-6,2	4,4 (46)	3,2-5,8
Conta própria	65,5 (91)	56,9-73,3	71,4 (10)	41,9-91,6	61,5 (551)	58,2-64,7	62,2 (652)	59,1-65,1
Levado	30,9 (43)	23,4-39,3	28,6 (4)	8,4-58,1	33,9 (304)	30,8-37,1	33,5 (351)	30,6-36,4
<b>Quanto tempo demorou até conseguir o atendimento (n=1015)</b>								
Entrou direto	17,7 (24)	11,6-25,1	28,6 (4)	8,4-58,1	13,3 (115)	11,1-15,7	14,1 (143)	12-16,4
1 a 15 min	32,4 (44)	24,6-40,9	35,7 (5)	12,8-64,9	35,7 (309)	32,5-39	35,3 (358)	32,3-38,3
16 a 30 min	25,0 (34)	18-33,1	14,3 (2)	1,8-42,8	25,0 (216)	22,1-28	24,9 (252)	22,3-27,7
31 a 60 min	16,2 (22)	10,4-23,4	14,3 (2)	1,8-42,8	10,1 (87)	8,1-12,3	10,9 (111)	9,1-13
61 a 120 min	6,6 (9)	3,1-12,2	0		10,1 (87)	8,1-12,3	9,5 (96)	7,7-11,4
Mais de 120 min	2,2 (3)	0,5-6,3	7,1 (1)	0,2-33,9	5,9 (51)	4,4-7,7	5,4 (55)	4,1-7
<b>O pronto socorro fica na cidade onde mora (n=1048)</b>								
Não	13,0 (18)	7,9-19,8	14,3 (2)	1,8-42,8	5,4 (49)	4-7,4	6,6 (69)	5,2-8,3
<b>Tempo de transporte até o município para atendimento (n=64)</b>								
15 minutos ou menos	16,7 (3)	3,6-41,4	50,0 (1)	1,3-98,7	38,4 (17)	24,4-54,5	32,8 (21)	21,6-45,7
16 a 30 minutos	33,3 (6)	13,3-59	50,0 (1)	1,3-98,7	31,8 (14)	18,6-47,6	32,8 (21)	21,6-45,7
31 a 60 minutos	44,4 (8)	21,5-69,2	0		18,2 (8)	8,2-32,7	25,0 (16)	15-37,4
Mais de 60 minutos	5,6 (1)	0,1-27,3	0		11,4 (5)	3,8-24,6	9,4 (6)	3,5-19,3
<b>Por que teve que ir para outra cidade (n= 69)</b>								
Não tem Pronto socorro	27,8 (5)	9,7-53,5	50,0 (1)	1,3-98,7	38,0 (19)	25,2-53,8	35,7 (25)	25-48,7

Não tem médico	5,6 (1)	0,1-27,3	0		2,0 (1)	0,1-10,9	2,9 (2)	0,4-10,1
Não gosta do atendimento	5,6 (1)	0,1-27,3	0		10,0 (5)	3,4-22,2	8,6 (6)	3,3-18
Estava viajando	0		0		24,0 (12)	13,3-38,9	1,1 (12)	0-7,8
Outro motivo	61,1 (11)	35,7-82,7	50,0 (1)	1,3-98,7	24,0 (12)	13,3-38,9	34,8 (24)	23,7-47,2
<b>Como foi para o Pronto Socorro (n=1045)</b>								
Caminhando	5,1 (7)	2,1-10,2	14,3 (2)	1,8-42,8	11,2 (100)	9,2-13,4	10,4 (109)	8,6-12,4
Onibus/lotação/Van/Kombi	2,2 (3)	0,5-6,2	0		11,3 (101)	9,3-13,5	10,0 (104)	8,3-12
Ambulância/ SAMU	8,0 (11)	4-13,8	14,3 (2)	1,8-42,8	14,8 (132)	12,6-17,3	13,9 (145)	11,9-16,2
Carro particular	74,6 (103)	66,5-81,7	78,6 (10)	49,2-95,3	51,5 (460)	48,2-54,8	54,6 (573)	51,6-57,7
Taxi	7,3 (10)	3,5-12,9	0		5,2 (46)	3,9-6,9	5,4 (56)	4,1-6,9
Outra maneira	34,8 (4)	26,9-43,4	0		6,5 (58)	4,9-8,3	5,9 (62)	4,6-7,5
<b>Gastou algum dinheiro em transporte para ir até o Pronto socorro (n=1049)</b>								
Sim	21,6 (30)	15,1-29,4	28,6 (4)	8,4-58,1	16,5 (148)	14,1-19,1	17,4 (182)	15,2-19,9
<b>Saiu do PS encaminhado para consulta de revisão? (n=1042)</b>								
Sim	21,5 (30)	15,1-29,4	21,4 (3)	4,7-50,8	14,0 (124)	11,7-16,4	15,1 (157)	12,9-17,4
<b>Fez a consulta de revisão (n=157)</b>								
sim	93,3 (28)	77,9-99,2	100,0 (3)		75,8 (94)	67,3-83	79,6 (125)	72,5-85,7

**ARTIGO 3**

**Desigualdades na utilização de atendimento médico de idosos brasileiros segundo características sociais, do financiamento e do contexto municipal**

*Artigo a ser submetido à American Journal of Public Health*

---

### Artigo 3

#### **Desigualdades na utilização de atendimento médico de idosos brasileiros segundo características sociais, do financiamento e do contexto municipal**

Inequalities in use of physician services among Brazilian elderly persons according to social characteristics, financing and the municipal context

Ana Paula Santana Coelho Almeida<sup>I,II</sup>

Bruno Pereira Nunes<sup>III</sup>

Suele Manjourany Silva Duro<sup>III</sup>

Rita de Cássia Duarte Lima<sup>IV</sup>

Luiz Augusto Facchini<sup>V</sup>

<sup>I</sup> Departamento de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. São Mateus, ES, Brasil.

<sup>II</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

<sup>III</sup> Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

<sup>IV</sup> Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, Brasil.

<sup>V</sup> Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

#### **Correspondência:**

Ana Paula Santana Coelho Almeida

E-mail: [apscoelho@gmail.com](mailto:apscoelho@gmail.com)

## Resumo

**Objetivo:** Avaliar desigualdades na utilização de atendimento médico de idosos brasileiros segundo características socioeconômicas dos indivíduos, porte populacional e cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios e natureza do financiamento (convênio, particular e SUS).

**Métodos:** Estudo transversal de base populacional com 6.624 idosos com mais de 60 anos, residentes em áreas urbanas de 100 municípios de 23 estados brasileiros, nas cinco regiões geopolíticas. Investigaram-se as desigualdades na utilização de serviços médicos ambulatoriais nos três meses prévios a entrevista. A análise foi realizada através do cálculo de prevalências e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%). Utilizou-se teste qui-quadrado de Pearson e de tendência, considerando significativas as associações com valor de p menor que 0,05.

**Resultados:** A prevalência de utilização de atendimento médico foi de 46% (IC95% 44,8-47,2), sendo o SUS a maior fonte de financiamento das consultas em todos os grupos de porte. A utilização de consultas médicas foi maior em mulheres, pessoas com maior escolaridade, com melhor nível econômico, residentes em municípios de maior porte populacional e com menor cobertura de ESF. Identificou-se aumento na prevalência de utilização de consultas médicas via SUS e diminuição do uso de convênio na direção dos grupos de nível econômico mais baixos. A maior cobertura de ESF favoreceu o uso de consultas pelo SUS nos municípios de médio porte.

**Conclusões:** Apesar da persistência de desigualdades sociais na utilização de consultas médicas evidenciou-se a importância do SUS e da ESF. Sem deixar de assistir idosos com melhores condições socioeconômicas, o sistema público protege aqueles em situação de risco social, caminhando no sentido da equidade e acesso universal a saúde.

**Descritores:** Idoso. Acesso aos Serviços de Saúde. Sistemas de Saúde. Sistema Único de Saúde. Seguro Saúde.

## **Abstract**

**Objective:** To assess the inequalities in the use of physician services among Brazilian elderly people according to socioeconomic characteristics, population size and coverage of the Family Health Strategy (FHS) and the nature of the financing.

**Methods:** A cross-sectional population-based study was performed on a sample of 6,624 elderly people 60 or older in urban areas of 100 municipalities of 23 states in the five Brazilian geopolitical regions. Inequalities in the use of use of physician services were investigated in the last three months. The analysis was performed using the Chi-Square Test and the Linear Chi-Square Test, calculating the prevalence ratio with 95% confidence interval.

**Results:** The prevalence of care provided by a physician was 46% (95% CI, 44.8-47.2). The Brazilian Unified National Health System (SUS) accounted for most of the cases in all groups of population size municipalities. The use of physician services was higher in women, people with higher schooling, with better economic level, residents in municipalities with larger population size and with lower FHS coverage. It was identified an increase in the prevalence of use of physician services by SUS and a decrease in the use of health insurance in the direction of the groups of lower economic level. The higher coverage of FHS favored the use of consultations by SUS in medium-sized municipalities.

**Conclusions:** The importance of the SUS and the FHS was evidenced, despite the persistence of social inequalities in the use of physician services. The public system serves older people in better socioeconomic conditions and protects those in a situation of social risk, moving towards equity and universal access to health.

**Descriptors:** Aged. Health Services Accessibility. Health Systems. Unified Health System. Insurance, Health.

## Introdução

O direito universal a saúde e a equidade no acesso desafiam o Sistema Único de Saúde (SUS) desde antes de sua formalização em 1988. Por definição constitucional, o SUS deve assistir toda a população brasileira de forma igualitária e hierarquizada<sup>1</sup>. Aos desafios originais da Reforma Sanitária se soma mais recentemente o acelerado envelhecimento da população brasileira, que coloca grandes demandas ao sistema de saúde, marcadas por aumento de problemas de saúde de longa duração, multimorbidade<sup>2</sup> e utilização de procedimentos terapêuticos, inclusive de alto custo<sup>3</sup>.

Diversos estudos nacionais e internacionais em idosos evidenciam diferenças no acesso e na utilização de serviços de saúde associadas principalmente a idade<sup>4, 5, 6</sup>, gênero<sup>4, 7, 8</sup>, escolaridade<sup>9, 10</sup>, renda<sup>11, 12, 13</sup>, hábitos e comportamentos<sup>8, 11, 14</sup> e situação saúde<sup>7, 15</sup>, dentre outros.

No Brasil, de acordo com Lima-Costa et al<sup>11</sup> pequenas diferenças na renda domiciliar são suficientemente sensíveis para identificar idosos com piores condições de saúde e menor acesso aos serviços de saúde. Da mesma forma, o nível educacional influencia a auto-percepção de saúde e o movimento de busca e uso dos serviços saúde. Barros et al<sup>9</sup> encontraram prevalência de utilização de serviços de saúde 40% maior em idosos mais escolarizados.

Apesar dos problemas destacados na utilização dos serviços de saúde há indícios de avanços importantes na universalização da saúde no país, alcançados com a ampliação da oferta de serviços, principalmente ambulatoriais<sup>16, 17, 18</sup>. Por exemplo, a falta de acesso a consultas médicas é relativamente baixa no Brasil. Nunes et al<sup>19</sup> identificaram comportamento estável da falta de acesso a consultas entre 2008 e 2013, com prevalências oscilando ao redor de 4,5% na população geral e 3,2% em idosos.

No Brasil, algumas iniciativas têm sido adotadas para o favorecimento do acesso e qualidade da atenção para a população idosa, como por exemplo, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, direcionando medidas individuais e coletivas para maiores

de 60 anos, e a Estratégia Saúde da Família (ESF), que possui um papel fundamental na execução do cuidado a pessoas de todos os grupos etários, além de sua importância política na promoção do acesso e na redução de desigualdades sociais em saúde<sup>1, 16, 20, 21, 22</sup>. Estudos têm observado ausência de diferenças na utilização de serviços de saúde na população coberta pela ESF em relação a características socioeconômicas<sup>23</sup>, e maior utilização de consultas médicas por idosos em área de abrangência da ESF comparado ao modelo tradicional<sup>24</sup>.

Embora exista grande número de publicações indicando as desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e pela população geral, ainda são escassos os estudos populacionais avaliando as contribuições do SUS e da ESF para a promoção da equidade no atendimento de idosos. Nessa perspectiva, o estudo tem como objetivo avaliar desigualdades na utilização de atendimento médico de idosos brasileiros segundo características socioeconômicas dos indivíduos, porte populacional e cobertura de ESF dos municípios e natureza do financiamento (convênio, particular e SUS).

## **Métodos**

Estudo transversal de base populacional com amostra composta por idosos com 60 anos ou mais de idade residentes em áreas urbanas de 100 municípios de 23 estados brasileiros das cinco regiões geopolíticas.

Para o estudo estimou-se uma amostra de 6.000 idosos, considerando uma prevalência de falta de acesso de 0.7%, assumindo um erro de 0.2 pp e um efeito de delineamento de 1,4, incluindo 15% para perdas e recusas. As prevalências utilizadas para estimar o tamanho da amostra foram baseadas no estudo de Green<sup>25</sup>.

A amostra representativa da população idosa urbana foi localizada por um processo amostral complexo em múltiplos níveis. O primeiro nível foi representado pelo porte do município, o segundo pelo município, o terceiro por setores censitários urbanos, o quarto por domicílios e o quinto por indivíduos elegíveis residentes nos domicílios. Ao interior de cada porte, os municípios e os setores censitários foram selecionados



aleatoriamente, tendo sido utilizada a malha oficial do censo populacional do ano de 2000 (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2000. <http://www.ibge.gov.br>*) para a seleção dos setores. Em cada setor foram localizados 30 domicílios, com início aleatório e “pulo” sistemático de 10 domicílios. Em cada domicílio foram incluídos todos os indivíduos elegíveis, ainda que se ultrapassasse a cota de indivíduos definida no setor censitário.

As entrevistas foram realizadas em 2009 por 55 entrevistadores, selecionados e treinados por 40 horas. Foi utilizado computador de mão (PDA – personal digital assistant, equipado com GPS – global positioning system) com questionário padronizado e pré-testado, contendo variáveis socioeconômicas, demográficas, bem como por questões relativas à utilização de atendimento médico tanto no público quanto no privado. Uma vez coletados, os dados eram armazenados em computadores portáteis e transferidos, via Internet, à coordenação do estudo.

As análises aqui apresentadas fazem parte de um estudo maior, financiado pelo Ministério da Saúde, cujo principal objetivo foi caracterizar o acesso, a utilização e a qualidade da rede de saúde no Brasil - AQUARES.

O desfecho foi obtido por uma pergunta direta, com resposta dicotômica (sim ou não): “Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o Sr(a) foi atendido(a) por algum médico?”. Essa utilização de serviços médicos referiu-se a atendimentos ambulatoriais, incluindo unidades básicas de saúde (UBS), estabelecimento de especialidades médicas sem internação e consultórios.

As variáveis independentes consideradas abrangeram características individuais e de contexto do sistema de saúde. As primeiras incluíram: sexo (masculino/feminino), raça/cor auto-declarada (branca, preta, parda, indígena e amarela), idade em anos (60 a 64, 65 a 69, 70 a 79, 80 ou mais), escolaridade em anos (nenhum, de um a quatro, de cinco a oito, de nove a onze, doze a mais) e classificação econômica de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (A/B, C e D/E). As variáveis de contexto foram: porte populacional (até 20.000; 20.001 a 100.000; 100.001 a 500.000; mais de 500.000 habitantes) e cobertura de Estratégia Saúde da Família (menos de

20%, de 20% a 49%, 50% a 69% e 70% e mais). As diferenças no uso de atendimento médico também foram analisadas segundo o tipo de financiamento (convênio, particular e SUS).

O financiamento foi categorizado em convênio, quando os serviços prestados eram contratados por convênios, planos e seguros de saúde; particular, quando obtidos mediante desembolso direto e SUS, quando prestados pelo sistema público.

A análise foi realizada através do cálculo de prevalências e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%). Utilizou-se teste qui-quadrado de Pearson e de tendência, considerando significativas as associações com valor de p menor que 0,05. As análises foram feitas utilizando o pacote estatístico Stata 12.0

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Processo 152/07). Todos entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

## **Resultados**

Foram identificados 7.015 idosos. Perdas e recusas totalizaram 5,6%, resultando em 6.624 indivíduos incluídos no estudo. Desses, 59% eram do sexo feminino, 52,9% declararam-se pardos e 40,3%, brancos. A média de idade foi 70,9 anos (DP= 8,0 anos) e 34,1% possuíam entre 70 e 79 anos de idade. Pouco mais de 50% da amostra declarou ser casado e 31,2% viúvo. Em relação à escolaridade, 37,8% não completou ao menos um ano de estudo, 36,8% declararam um a quatro anos de estudo e 12,4% estudaram nove ou mais anos. A maioria dos indivíduos pertencia a famílias da classe C (41,8%), e residia em municípios com mais de 500 mil habitantes (53,9%) e com 20 a 49% de cobertura de ESF (49,5%) (Tabela 1).

No geral, 46% (IC95% 44,8-47,2) dos idosos relatou atendimento médico nos três meses anteriores a entrevista. Dentre os que consultaram, 27,8% (IC95% 26,2- 29,5) o fizeram via convênio, 10,4% (IC95% 9,3- 11,5) por desembolso direto e 61,8% (IC95% 60,0; 63,5) via SUS.

Mulheres, indivíduos de pele branca, aqueles com nove ou mais anos de estudo e os pertencentes à classe A/B apresentaram maior prevalência de uso de consulta médica. Idosos que vivem em municípios com mais de 500 mil habitantes e em municípios com baixa cobertura de ESF apresentaram maior frequência de atendimento nesta análise. As variáveis idade e estado civil não apresentaram associação (Tabela 1).

A probabilidade de utilizar consulta médica foi maior nos municípios de maior porte e nos municípios de menor cobertura de ESF. Indivíduos residentes em municípios com mais de 500 mil habitantes apresentaram uma probabilidade 40% maior de utilizar consulta médica em relação aos residentes em municípios com menos de 20 mil habitantes. Pessoas residentes em municípios com 70% ou mais de cobertura de ESF apresentaram probabilidade de uso 30% menor em relação àqueles residentes em municípios com cobertura inferior a 20% (Tabela 1).

O SUS foi a maior fonte de financiamento das consultas médicas utilizadas pelos idosos em todos os grupos de porte, principalmente no de menor porte. A medida que aumenta o estrato de porte do município reduz o uso de consulta via SUS e aumenta o uso através de convênios (Figura 1).

Em todos os grupos de porte do município o SUS responde por mais de 80% do uso de atendimento médico de idosos de classificação econômica D/E e por mais de 60% da classe C, sendo mais prevalente o uso via SUS nos municípios de menor porte. O SUS é responsável por mais de 25% do uso de consultas médicas em indivíduos da classe A/B, alcançando 48% nos municípios de menor porte (Tabela 2).

Idosos pertencentes à classe A/B utilizaram mais o convênio, seguido daqueles da classe C, com exceção do estrato de porte I, no qual não se observou diferença estatisticamente significativa na utilização de convênio entre os grupos de classe econômica. A utilização de consultas via convênio por indivíduos da classe A/B e C foi maior nos municípios maiores de 500 mil habitantes, comparados aos municípios com menos de 20 mil habitantes. Não se observou diferença no uso de consultas por desembolso direto entre as classes, exceto no grupo de porte II, no qual os idosos de classe A/B utilizaram 2 vezes mais essa forma de financiamento em relação aos idosos

da classe C. Nos municípios com menos de 20 mil habitantes em termos absolutos, a prevalência de uso de consultas particular foi maior na classe A/B, entretanto, com sobreposição dos intervalos de confiança (Tabela 2).

Não houve diferença significativa em relação ao uso via SUS de acordo com a cobertura de ESF, com exceção do estrato de porte III. Nesses municípios, de 100.001 a 500 mil habitantes, a maior cobertura de ESF favoreceu maior uso de consulta médica via SUS. A probabilidade de uso de atendimento médico pelo SUS por residentes em municípios com cobertura igual ou superior a 70% foi 60% maior em relação aos residentes em municípios com cobertura inferior a 20% e 20% maior em relação aos idosos que vivem em municípios com cobertura entre 20% a 49% (Tabela 3).

## **Discussão**

A relevância do SUS e da ESF para a universalidade no acesso a serviços de saúde da população idosa brasileira foi evidenciada no presente estudo, apesar da persistência de desigualdades sociais. Observou-se alta prevalência de utilização de consultas médicas na população estudada, sendo o SUS a maior fonte de financiamento em todos os estratos de porte populacional dos municípios.

A taxa de utilização de atendimento médico encontrada (46% em período de três meses) foi proporcionalmente semelhante à de outros estudos nacionais e internacionais, considerando as diferenças no período recordatório e faixa etária. A prevalência de realização de ao menos uma consulta médica nas duas semanas anteriores à entrevista por indivíduos a partir de 65 anos, segundo a PNAD 2008, foi de 23,2%. Em Campinas foi relatada taxa de utilização de serviços de saúde em idosos com 60 anos e mais de 25,3% no período de duas semanas<sup>9</sup>. Em São Paulo, a taxa de utilização nos 4 meses anteriores à entrevista foi de 64,4%, em idosos da mesma faixa etária<sup>26</sup>. Na Espanha, 33% dos idosos (65 anos e mais) utilizaram consulta médica no período de 15 dias<sup>4</sup>. Na Noruega e Finlândia a taxa foi de 83% e 84%, respectivamente, em 12 meses, para idosos da mesma faixa etária<sup>27</sup>.

O maior uso de consultas médicas pelo SUS tem sido apontado por diversos estudos especialmente na população adulta. Em idosos as publicações com essa abordagem ainda são escassas. De acordo com dados da PNAD 2008<sup>a</sup>, 56% da população geral que obteve atendimento de saúde nas duas semanas anteriores a entrevista o fizeram pelo SUS. No estudo de Dilélio et al<sup>28</sup> o SUS foi responsável por 53,6% dos atendimentos médico-ambulatorial em adultos. Em São Paulo, no estudo de Louvisson et al<sup>26</sup>, 49,2% dos idosos utilizaram consulta ambulatorial em serviços públicos contra 41,2% através de seguro privado. Segundo dados da PNAD, de 1998 a 2008 o percentual de idosos que utilizou serviços de saúde exclusivamente via SUS permaneceu em torno de 70%<sup>29</sup>.

O estudo evidenciou desigualdades na utilização relacionadas ao gênero, escolaridade e classe econômica. No trabalho de Barros et al<sup>9</sup> o uso de serviços de saúde foi 34% maior em mulheres idosas brasileiras, no estudo de Blay et al<sup>12</sup> foi 52% maior. Na Espanha a diferença foi de 70% no mesmo sentido<sup>4</sup>. Wallace e Gutiérrez<sup>30</sup> encontraram associação entre sexo e utilização de consulta médica nos quatro países latino-americanos estudados. No Brasil, a chance de não ter realizado nenhuma consulta médica em 12 meses foi 33% menor em mulheres em relação aos homens. No Chile, México e Uruguai a chance do desfecho foi 46%, 32% e 28% menor no sexo feminino comparado ao masculino, respectivamente.

A desigualdade no acesso aos serviços está associada ao movimento da busca, da capacidade do idoso acessar e usar os serviços de saúde conforme sua disponibilidade e necessidade<sup>26, 31, 32</sup>. Assim como este, outros estudos também tem demonstrado que essa capacidade está associada a variáveis relacionadas à renda e escolaridade. Trabalho de Barros et al<sup>9</sup> encontrou diferença de 40% a mais na utilização de serviços de saúde em idosos brasileiros com quatro a oito anos de estudo em relação àqueles com três ou menos. No estudo de Pinheiro e Travassos<sup>33</sup> a chance em idosos com no

---

<sup>a</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2010. 256 p.

mínimo segundo grau foi 42% maior em relação àqueles com menor escolaridade. Por outro lado, Blay et al<sup>12</sup> e Wallace e Gutiérrez<sup>30</sup> não encontraram associação entre uso de consultas médicas e escolaridade em idosos no Brasil.

Pessoas mais ricas podem ter maior facilidade em obter cuidado de saúde do que indivíduos mais pobres. No estudo de Blay et al<sup>12</sup> idosos brasileiros com alta renda apresentaram chance 16% maior de utilizar consultas médicas em relação aos de baixa renda. No trabalho de Lima-Costa et al<sup>11</sup> os idosos que realizaram três ou mais consultas nos três meses anteriores a entrevista apresentaram chance 35% menor de ser pobre comparado àqueles que não realizaram nenhuma consulta.

Conforme estudos de desigualdades desenvolvidos na América Latina<sup>30, 34, 35</sup>, idosos com pior escolaridade apresentam pior estado de saúde em função de piores hábitos, menor nível de informação e piores condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente. Além da forte associação com a renda, pessoas com maior escolaridade tendem a ter maior facilidade em reconhecer uma necessidade de saúde e buscar atendimento<sup>31, 32</sup>. Apesar da tendência de redução das desigualdades sociais com o aumento da idade, essas desigualdades tendem a persistir, mesmo em menor grau, e podem influenciar o acesso aos serviços de saúde entre idosos. Além disso, o valor do contrato de planos e seguros de saúde aumenta conforme a idade, prejudicando o acesso de idosos mais pobres<sup>37</sup>.

Estudos têm demonstrado que a desigualdade social no acesso tende a ser maior em países com sistema de saúde privado, no qual as pessoas têm que pagar pela assistência à saúde via planos e seguros ou pagamento direto ao prestador (out-of-pocket), do que em países com sistema universal<sup>b, 38, 39, 40</sup>. Nos Estados Unidos, país com sistema de saúde predominantemente privado, idosos pertencentes ao quintil de renda mais alta apresentam chance duas vezes maior de consultar médico comparado aos idosos do menor quintil. Na França, que possui sistema universal, não se observa

---

<sup>b</sup> Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev Saude Publica*. No prelo.

tal diferença<sup>13</sup>. No Brasil, que dispõe de sistema público de saúde com as mesmas características, Facchini et al<sup>41</sup> não observaram diferenças na utilização de atendimento médico entre idosos com diagnóstico de diabetes em função do grupo social.

Revisão sistemática que avaliou a associação entre características socioeconômicas e acesso ou utilização de serviços de saúde entre idosos identificou estudos em 39 países, e desses, 23 países apresentaram desigualdades no uso de consultas médicas relacionadas à renda e/ou escolaridade. Essas diferenças foram mais frequentes em países sem cobertura universal do sistema de saúde<sup>b</sup>.

O estudo demonstrou maior utilização de consultas médicas em idosos residentes em municípios de maior porte populacional. Essa associação pode ser explicada pela relação entre porte, oferta de serviços de saúde e utilização. Estudos tem demonstrado que a maior oferta de serviços influencia a maior utilização<sup>42</sup>, e os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) demonstram que os serviços de saúde se concentram nos grandes municípios<sup>c</sup>. De acordo com dados do Cnes de 2006, 90,6% dos estabelecimentos de saúde estavam localizados em municípios com população igual ou superior a 20 mil habitantes<sup>43</sup>. Na região sudeste, segundo dados de 2017, 37,4% dos estabelecimentos ambulatoriais estão localizados em municípios com mais de 500 mil habitantes, e somente 5,5% em municípios com até 20 mil habitantes<sup>c</sup>.

Nos municípios de maior porte existe maior capacidade instalada principalmente em relação aos serviços privados, fazendo com que exista maior utilização via planos de saúde nos municípios maiores, e maior utilização do SUS nos de pequeno porte como evidenciado neste estudo. Na região sudeste, 43,4% dos estabelecimentos vinculados a planos privados se concentram em municípios com mais de 500 mil habitantes, enquanto apenas 2,1% se localizam em municípios com até 20 mil habitantes<sup>b</sup>.

Mesmo nas classes de maior poder aquisitivo, o estudo demonstrou maior uso do SUS nos municípios com menos de 20 mil habitantes comparados aos com mais de 500 mil. A diferença de uso do SUS entre as classes foi maior nos municípios de grande porte.

---

<sup>c</sup> Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. [acesso em 3 mar 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atambbr.def>

A baixa oferta de serviços conveniados a planos nos pequenos municípios favoreceu a maior utilização do SUS pelos idosos de maior classe econômica.

Tendência inversa na prevalência de utilização foi observada com o crescimento da cobertura populacional da ESF. Historicamente, ESF é implantada com prioridade em municípios e locais mais pobres e de maior vulnerabilidade social<sup>16, 22</sup>, e essas características por sua vez estão associadas a menor utilização. Cobertura de ESF e porte populacional são características interrelacionadas. Municípios maiores possuem dificuldade em alcançar grande cobertura. As maiores coberturas de ESF são encontradas em municípios pequenos, e estes, tendem a ser menos desenvolvidos, além de possuir menor oferta de serviços, como relatado anteriormente<sup>22</sup>.

Estudos que avaliam utilização de serviços na Atenção Básica evidenciam comportamento diferenciado em relação à renda, escolaridade e uso, indicando maior utilização entre idosos com piores condições socioeconômicas e atendidos na ESF<sup>44</sup>. Portanto, a ESF mostra significativo potencial para promover a equidade, mas não é suficiente para eliminar as desigualdades na utilização. As características históricas e contextuais relacionadas principalmente à vulnerabilidade social são muito mais poderosas na determinação de desigualdades e iniquidades em saúde<sup>45</sup>.

Estudo de Alves et al<sup>46</sup> também encontrou relação direta entre tamanho da população e desempenho das equipes de ESF. As maiores proporções de equipes no mais alto estrato de 'acolhimento', 'disponibilidade' e 'acesso' estavam em locais com maior população. Municípios de 20 mil a 200 mil habitantes apresentaram maior escore de alto acesso potencial em relação aos de menos de 20 mil<sup>46</sup>.

O aumento da cobertura de ESF favoreceu a maior utilização via SUS em municípios de pequeno e médio porte. Nestes últimos, a relação direta entre aumento de cobertura da ESF e utilização de consultas médicas pelo SUS foi estatisticamente significativa, reforçando sua relevância na promoção do acesso e cobertura universal do sistema de saúde.

Uma fragilidade a ser pontuada neste estudo foi a não mensuração de outras variáveis, relacionadas principalmente à vulnerabilidade social, na análise dos efeitos da ESF na



redução da desigualdade na utilização de consultas médicas. Schumann e Moura<sup>47</sup> destacam a dificuldade de representar processos dinâmicos por meio de medidas quantitativas e pontuais. No caso da vulnerabilidade, diante das suas múltiplas abordagens e características, essa é uma tarefa complexa. As múltiplas estratificações realizadas também podem ter sido responsáveis por não encontrar diferenças estatísticas significativas em virtude da diminuição de observações em cada estrato.

Os achados do estudo apontam grande utilização de consultas médicas por idosos brasileiros, principalmente por aqueles com melhores condições socioeconômicas. Os resultados reforçam também a importância do SUS e da ESF principalmente nos municípios menores e de contexto social menos favorável. Sem deixar de assistir idosos com melhores condições socioeconômicas, o SUS e a ESF protegem aqueles em situação de risco social, caminhando no sentido da equidade e acesso universal a saúde.

## Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8
2. Nunes BP, Flores TR, Mielke, GI, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016b;67:130-138. DOI: 10.1016/j.archger.2016.07.008
3. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saude Publica*.2003; 19:705-15. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300003
4. Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. *Soc Sci Med*. 2000;50(1):17-26. DOI:10.1016/S0277-9536(99)00247-6.
5. Auchincloss AH, Van Nostrand JF, Ronsaville D. Access to health care for older persons in the United States: personal, structural, and neighborhood characteristics. *J Aging Health*. 2001;13(3):329-54. DOI:10.1177/089826430101300302

6. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(5):1063-72. DOI:10.1590/S0102-311X2009000500013
7. Bazargan M, Bazargan S, Baker RS. Emergency department utilization, hospital admissions, and physician visits among elderly African American persons. *Gerontologist*. 1998;38(1):25-36. DOI:10.1093/geront/38.1.25
8. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *Am J Public Health*. 2011;101(5):868-74. DOI:10.2105/AJPH.2009.184648
9. Barros MB, Francisco PM, Lima MG, Cesar CL. Social inequalities in health among the elderly. *Cad Saude Publica*. 2011;27 Suppl 2:S198-208. DOI:10.1590/S0102-311X2011001400008
10. Allan DE, Funk LM, Reid RC, Cloutier-Fisher D. 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). *Can J Aging*. 2011;30(1):69-82. DOI:10.1017/S0714980810000760
11. Lima-Costa MF, Barreto SM, Firmo JO, Uchoa E. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Rev Panam Salud Publica*. 2003;13(6):387-94. DOI:10.1590/S1020-49892003000500007
12. Blay SL, Fillenbaum GG, Andreoli SB, Gastal FL. Equity of access to outpatient care and hospitalization among older community residents in Brazil. *Med Care*. 2008;46(9):930-7. DOI:10.1097/MLR.0b013e318179254c
13. Allin S, Masseria C, Mossialos E. Measuring socioeconomic differences in use of health care services by wealth versus by income. *Am J Public Health*. 2009;99(10):1849-55. DOI:10.2105/AJPH.2008.141499
14. Elwell-Sutton TM, Jiang CQ, Zhang WS, Cheng KK, Lam TH, Leung GM, et al. Inequality and inequity in access to health care and treatment for chronic conditions in China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. *Health Policy Plan*. 2013;28(5):467-79. DOI:10.1093/heapol/czs077
15. Códova MIP, Mier N, Curi EJM, Gómez TG, Quirarte NHG, Barrios FF. Personal and social determinants of health services utilization by Mexican older people. *Int J Older People Nurs*. 2010; 5, 193–201. DOI: 10.1111/j.1748-3743.2009.00193.x
16. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc saude coletiva*. 2006; 11 ( 3 ): 669-681. DOI:10.1590/S1413-81232006000300015.

17. Bahia L. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal. 1988-2008. In: LIMA, J.C.F; MATTA, G.C. (orgs.). Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
18. Barreto ML, Rasella D, Machado DB, Aquino R, Lima D, Garcia LP, et al. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Brazil. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001692. DOI:10.1371/journal.pmed.1001692.
19. Nunes BP, Flores TR, Garcia LP, Chiavegatto Filho ADP, Thumé E, Facchini LA. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25( 4 ): 777-787. DOI:10.5123/s1679-49742016000400011.
20. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al . Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Cienc. saude coletiva*. 2006; 11( 3 ): 657-667.
21. Aquino R; Oliveira NF; Barreto, ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009; 99(1): 87–93. DOI: 10.2105/AJPH.2007.127480
22. Facchini, LA; Thumé, E; Nunes, BP; Silveira, D; Siqueira, FCV; Silva, SM et al. Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In: Michael R. Reich; Keizo Takemi. (Org.). Governing health systems: for nations and communities around the world. Brookline: Lamprey & Lee, 2015, p. 203-236.
23. Fernandes Léia Cristiane L, Bertoldi Andréa D, Barros Aluísio J D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2009;43( 4 ): 595-603. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000040.
24. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(10):2267-78. DOI: 10.1590/S0102-311X2008001000008.
25. Green, LA, Fryer, GE, Jr., Yawn, BP, Lanier, D, Dovey, SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26):2021-5. DOI:10.1056/NEJM200106283442611
26. Louvison MC, Lebrao ML, Duarte YA, Santos JL, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):733-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000400021

27. Suominen-Taipale AL, Koskinen S, Martelin T, Holmen J, Johnsen R. Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *Eur J Public Health*. 2004;14(4):375-80. DOI:10.1093/eurpub/14.4.375
28. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FCV, Piccini RX et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(12):2594-2606. DOI: 10.1590/0102-311X00118713
29. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16( 9 ): 3689-3696. DOI: 10.1590/S1413-81232011001000006.
30. Wallace SP, Gutiérrez VF. La equidad del acceso de adultos mayores a la atención de salud en cuatro grandes ciudades latinoamericanas. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):394-409. DOI:10.1590/S102049892005000500012
31. Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995; 36:1-10.
32. Travassos C, Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, editor. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 215-46.
33. Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 1999;15(3):487-96. DOI:10.1590/S0102-311X1999000300005
34. Noronha KV, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):410-8. doi:10.1590/S102049892005000500013
35. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2003b;19(3):745-57. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300007
36. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Suppl 2:S190-8. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800014
37. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Sci Med*. 2003;57(5):861-73. DOI:10.1016/S0277-9536(02)00454-9

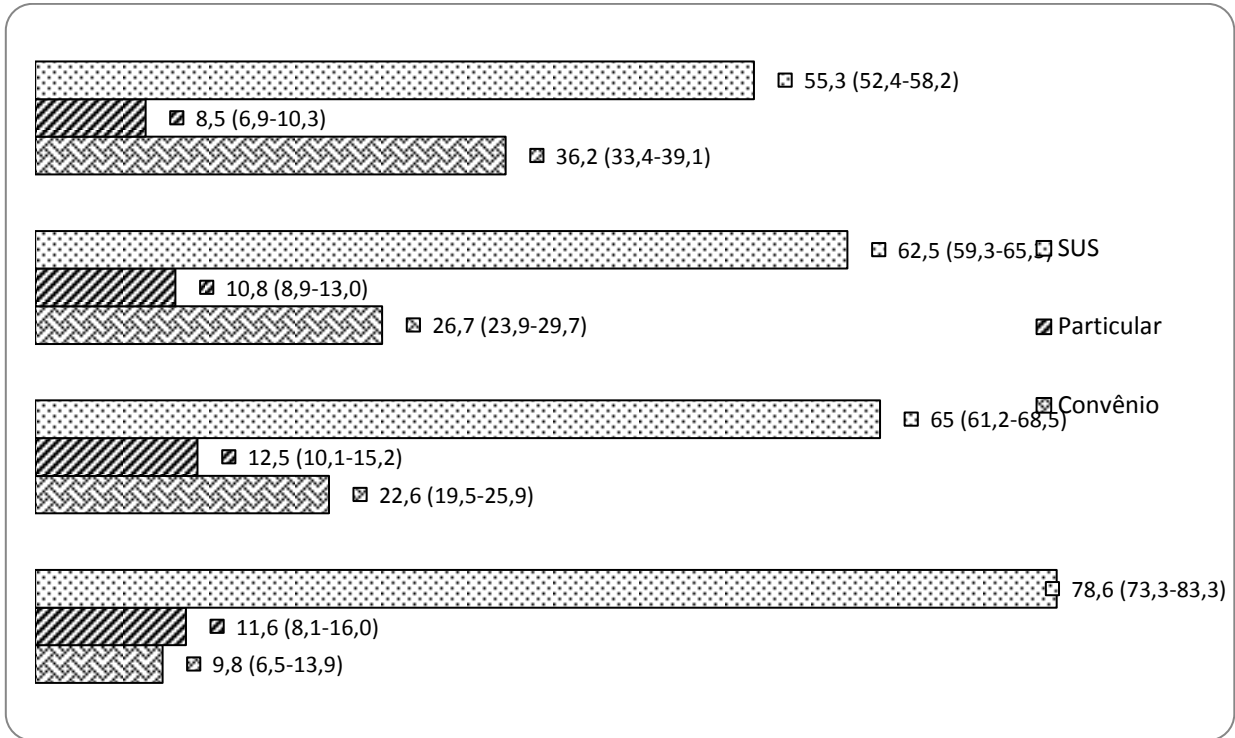
38. Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006;174(2):177-83. DOI:10.1503/cmaj.050584
39. Andrade LOM; Pellegrini Filho A; Solar O; Rígoli F; Salazar LM; Serrate PC; Ribeiro KG et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet*. 2015; 385(9975):1343–1351. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61494-X
40. Moreno-Serra R, Smith P. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*. 2012; 380:917-23. DOI:10.1016/S0140-6736(12)61039-3.
41. Facchini LA, Nunes BP, Duro SMS, Thumé E, Siqueira F, Fripp JC, et al. Iniquidades socioeconômicas no acesso e na qualidade da atenção ao diabetes entre idosos brasileiros. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). CONASS Debate: a crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2014.
42. Bos AM. Health care provider choice and utilization among the elderly in a state in Brazil: a structural model. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(1):41–50.
43. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
44. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS et al . Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43( 4 ): 604-612. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000037.
45. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–1104. DOI:10.1016/S0140-6736(05)71146-6
46. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF et al . Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saude debate*. 2014; 38( spe ): 34-51. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S004.
47. Schumann LRMA, Moura LBA. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. *Cienc saúde coletiva*. 2015; 20(7): 2105-2120. DOI:10.1590/1413-81232015207.10742014.

**Tabela 1- Distribuição das características da amostra, prevalência e razão de prevalência de uso de consultas médicas, segundo características socioeconômicas do indivíduo, porte populacional e cobertura de ESF do município. Brasil, 2009.**

Variáveis	n	%	Prevalência de uso	RP (IC95%)
<b>Sexo (n=6616)</b>			p<0,001	
Masculino	2714	41	40,7	1
Feminino	3902	59	49,7	1,2 (1,2-1,3)
<b>Cor da pele (n=6456)</b>			p=0,001	
Branca	2604	40,3	49,2	1
Preta	376	5,8	47,6	1 (0,9-1,1)
Parda	3412	52,9	43,9	0,9 (0,8-0,9)
Indígena/amarela	64	1	49,2	1 (0,8-1,3)
<b>Idade em anos completos (n=6601)</b>			p=0,358*	
60 a 64	1661	25,2	44,5	1
65 a 69	1647	25	46	1 (1-1,1)
70 a 79	2251	34,1	47,4	1,1(1-1,1)
80 ou mais	1042	15,8	45,1	1(0,9-1,1)
<b>Estado civil atual (n=6613)</b>			p=0,119	
Solteiro	685	10,4	42,4	1
Casado	3384	51,2	45,7	1,1 (1-1,2)
Separado/divorciado	483	7,3	46,3	1,1(1-1,2)
Viúvo	2061	31,2	47,6	1,1(1-1,2)
<b>Escolaridade em anos completos (n=6538)</b>			p<0,001*	
Nenhum	2470	37,8	39,8	1
Um a quatro	2408	36,8	48,2	1,2 (1,1-1,3)
Cinco a oito	851	13	50,1	1,3 (1,2-1,4)
Nove ou mais	809	12,4	54,4	1,4 (1,3-1,5)
<b>Classificação econômica (Abep) (n=6346)</b>			p<0,001*	
A/B	1079	17	55,5	1
C	2650	41,8	47,7	0,9 (0,8-0,9)
D/E	2617	41,2	39,9	0,7 (0,7-0,8)
<b>Porte populacional (n=6624)</b>			p<0,001*	
até 20.000	719	10,9	38,9	1
20.001 a 100.000	1754	26,5	39,3	1 (0,9-1,1)
100.001 a 500.000	2009	30,3	45,9	1,2 (1,1-1,3)
Mais de 500.000	2142	32,3	53,9	1,4 (1,3-1,5)
<b>Cobertura ESF (n=6624)</b>			p<0,001*	
menos de 20%	519	7,8	50,4	1
20 a 49%	3530	53,3	49,5	1 (0,9-1,1)

50% a 69%	1111	16,8	45,2	0,9 (0,8-1)
70% e mais	1464	22,1	36,3	0,7 (0,6-0,8)

\* Valor-p de tendência linear



Porte I – até 20.000 habitantes; Porte II- de 20.001 a 100.000 habitantes; Porte III- de 100.001 a 500.000 habitantes; Porte IV- mais de 500.000 habitantes.

**Figura 1.** Prevalência de utilização de consultas médicas, segundo porte populacional do município e natureza do financiamento. Brasil, 2009.

**Tabela 2 - Prevalência de uso de consultas médicas segundo porte populacional do município, tipo de financiamento e classificação econômica. Brasil, 2009.**

Porte	Tipo de financiamento	Classificação econômica (ABEP)		
		A/B	C	D/E
		% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
I	Convênio	28,6 (11,3-52,2)	12,5 (6,6-20,8)	6,2 (2,9-11,5)
	Particular	23,8 (8,2-47,2)	16,7 (9,8-25,7)	6,9 (2,9-11,5)
	SUS	47,6 (25,7-70,2)	70,8 (60,7-79,7)	86,9 (80,3-91,9)
II	Convênio	59,8 (49,2-69,4)	23,8 (18,9-29,3)	8 (5,1-11,8)
	Particular	14,7 (8,5-23,1)	16,1 (12-21)	7,3 (4,6-11)
	SUS	25,5 (17,4-35,1)	60,1 (54-65,9)	84,7 (80-88,6)
III	Convênio	51,8 (43,9-59,7)	24,6 (20,5-29)	15,1 (11,3-19,7)
	Particular	15,9 (10,6-22,4)	10 (7,3-13,3)	9,5 (6,5-13,4)
	SUS	32,3 (25,2-40,1)	65,4 (60,6-69,9)	75,3 (70,1-80,1)
IV	Convênio	65,6 (59,9-70,9)	32,6 (28,4-37,1)	12,5 (9-16,8)
	Particular	9,2 (6,2-13)	8,5 (6,1-11,4)	6,6 (4,1-10)
	SUS	25,3 (20,5-30,5)	58,9 (54,3-63,4)	80,9 (76-85,1)

Porte I – até 20.000 habitantes; Porte II- de 20.001 a 100.000 habitantes; Porte III- de 100.001 a 500.000 habitantes; Porte IV- mais de 500.000 habitantes.

**Tabela 3- Prevalência de uso de consultas médicas segundo porte populacional do município, tipo de financiamento e cobertura de ESF. Brasil, 2009.**

Porte	Tipo de financiamento	Cobertura ESF (%)			
		menos de 20	20 a 49	50 a 69	70 e mais
		% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
I	Convênio	19,1 (5,4-41,9)	13 (2,8-33,6)	7,7 (0,9-25,1)	8,7 (5,3-13,5)
	Particular	14,3 (3-36,3)	17,4 (5-38,8)	3,9 (0,1-19,6)	11,7 (7,6-16,8)
	SUS	66,7 (43-85,4)	69,6 (47,1-86,8)	88,5 (69,8-97,6)	79,6 (73,5-84,9)
II	Convênio	24,7 (15,6-35,8)	19,4 (13-27,3)	26,8 (21,4-32,8)	19,1 (14,3-24,8)
	Particular	16,9 (9,3-27,1)	21,7 (14,9-29,8)	8,5 (5,4-12,8)	10 (6,4-14,6)
	SUS	58,4 (46,6-69,6)	58,9 (49,9-67,5)	64,6 (58,3-70,6)	70,9 (64,5-76,7)
III	Convênio	37,9 (28,1-48,4)	27,3 (23,9-30,8)	22,2 (12,7-34,5)	13,6 (7,2-22,6)
	Particular	15,8 (9,1-24,7)	10,4 (8,2-13)	4,8 (1-13,3)	12,5 (6,4-21,3)
	SUS	46,3 (36-56,8)	62,3 (58,5-66)	73 (33,4-59,1)	73,9 (63,4-82,7)
IV	Convênio	29,4 (19-41,7)	35,6 (32,5-38,8)	42,7 (35-50,6)	*
	Particular	3 (0,4-10,2)	9,4 (7,6-11,5)	5,5 (2,5-10,2)	*
	SUS	67,7 (55,2-78,5)	55 (51,7-58,3)	51,8 (43,9-59,7)	*

Porte I – até 20.000 habitantes; Porte II- de 20.001 a 100.000 habitantes; Porte III- de 100.001 a 500.000 habitantes; Porte IV- mais de 500.000 habitantes.



**NOTA À IMPRENSA**

---

## **Nota à Imprensa**

### **Acesso e uso de serviços de saúde por idosos no Brasil**

O direito universal à saúde e a equidade no acesso são desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) desde antes de sua formalização em 1988. Estudo realizado pela doutoranda Ana Paula Santana Coelho Almeida do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação do professor Dr. Luiz Augusto Facchini, demonstrou avanços alcançados pelo SUS na atenção aos idosos brasileiros.

De acordo com a pesquisa, 46% dos idosos realizaram ao menos uma consulta em três meses, frequência semelhante a de países desenvolvidos como na Espanha e Noruega. O SUS foi responsável por realizar cerca de 60% das internações e consultas médicas, e 85% dos atendimentos em Pronto-Socorro. Os dados mostraram que a falta de acesso à consulta médica, mensurada através do percentual de idosos que buscaram o serviço de saúde e não foram atendidos, foi de apenas 0,6%. Nos serviços de internação e pronto-socorro a taxa foi de 2,5% e 2,1%, respectivamente.

A maior parte dos idosos atendidos pelo SUS teve o atendimento realizado na cidade onde mora, apresentado um baixo percentual de consultas realizadas em outros municípios. A pesquisa mostrou também que os idosos atendidos pelos SUS gastaram menos dinheiro para ir até o local de atendimento em relação àqueles atendidos pelo convênio. O tempo de espera para conseguir atendimento não diferiu tanto entre o SUS e convênio. A maioria dos idosos conseguiu atendimento no mesmo dia.

Por outro lado, os idosos que consultaram pelo convênio foram encaminhados para consulta de revisão após internação com maior frequência, e quase não se observou tempo de espera superior a 60 dias.

Apesar dos avanços, a pesquisa apontou desigualdades no acesso a consultas médicas. A utilização desse tipo de serviço foi maior em mulheres, pessoas com maior escolaridade, com melhor posição de classe econômica, residentes em municípios de maior porte populacional e com menor cobertura de ESF.

Identificou-se aumento na prevalência de utilização de consultas médicas via SUS e diminuição do uso de convênio na direção dos grupos de classe econômica mais baixa. O SUS foi mais utilizado em municípios pequenos. Mesmo entre os idosos de maior poder aquisitivo, o estudo demonstrou maior uso do SUS nos municípios com menos de 20 mil habitantes comparados aos com mais de 500 mil.

O estudo evidenciou ainda que a maior cobertura de ESF favoreceu o uso de consultas pelo SUS nos municípios de médio porte.

Em suma, os resultados do estudo mostraram grande utilização de consultas médicas por idosos brasileiros, principalmente por aqueles com melhores condições socioeconômicas. Os resultados reforçam a importância do SUS e da ESF principalmente nos municípios menores e de contexto social menos favorável. Sem deixar de assistir idosos com melhores condições socioeconômicas, o SUS e a ESF protegem aqueles em situação de risco social, caminhando no sentido da equidade e acesso universal a saúde.