

FERNANDO ANTÔNIO FRANÇA SETTE PINHEIRO JÚNIOR

**Os fatores associados à utilização de
serviços preventivos de saúde por idosos em
Minas Gerais.**

Belo Horizonte, MG
UFMG/CEDEPLAR
2014

FERNANDO ANTÔNIO FRANÇA SETTE PINHEIRO JÚNIOR

**Os fatores associados à utilização de
serviços preventivos de saúde por idosos em
Minas Gerais.**

Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em demografia.

Orientador: Gilvan Ramalho Guedes
Co-orientador: Cássio Maldonado Turra

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
2014

Ficha Catalográfica

P654f
2014 Pinheiro Junior, Fernando Antônio França Sette.
Os fatores associados à utilização de serviços preventivos de saúde por idosos em Minas Gerais [manuscrito] / Fernando Antônio França Sette Pinheiro Júnior, 2014.
115 f.: il., gráfs. e tabs.

Orientador : Gilvan Ramalho Guedes.
Coorientador: Cássio Maldonado Turra.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.
Inclui bibliografia (f. 97-115).

1. Idosos – Doenças – Prevenção – Teses. 2. Idosos – Saúde e higiene – Minas Gerais – Teses. I. Guedes, Gilvan Ramalho. II. Turra, Cássio Maldonado. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. IV. Título.

CDD: 362.6042

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG – NMM/100/2014

Folha de Aprovação

Ao meu pai, minha mãe e ao meu irmão por me fazerem acreditar que eu tenho potencial para conquistar sempre mais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dar a oportunidade e o potencial de poder estar concluindo mais essa etapa de vida.

Agradeço aos meus pais, Fernando e Magge, que fizeram dos seus sonhos os meus, e que sempre incentivaram e acreditaram em mim, eu dedico esta conquista a vocês.

Agradeço ao meu irmão, Felipe, que sempre me apoiou e me “suportou” nas horas mais complicadas.

Agradeço aos colegas da Demografia do Cedeplar, que me proporcionaram um mestrado ao mesmo tempo enriquecedor academicamente e divertido, principalmente os colegas de coorte.

Agradeço a todos os professores, em especial, aos meus orientadores Gilvan e Cássio, que não apenas me repassaram conhecimento, mas também um senso crítico sobre o mundo.

Agradeço também à professora Kenya Noronha e Simone Wajman por aceitaram compor a banca de avaliação deste trabalho.

Agradeço a todo o corpo técnico da UFMG e da ABEP que me apoiaram em tudo que foi necessário durante esses dois anos.

Agradeço aos colegas de FJP, em especial aos amigos Bruno, Calango, Fred, Gustavo, Joãozinho e Reggiani, pelos momentos prazerosos de diversão e discussão durante esse período do mestrado.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro durante a realização do mestrado.

Agradeço aos colegas de SEPLAG e a professora Ana Lúcia Gazzola, que me deram a oportunidade de estar aqui nesse momento, entendendo o quanto isso era importante para mim e para os cidadãos de Minas Gerais.

A todos aqueles que me apoiaram na elaboração desse trabalho, e durante o curso de mestrado.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”. (Marcel Proust)

SUMARIO

1	Introdução	16
2	Serviços de saúde.....	20
2.1	Utilização de serviços de saúde.....	20
2.2	Utilização de serviços preventivos de saúde	24
2.3	Utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos.....	28
3	A interação entre Estado, Mercado e Família na utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos	34
3.1	O papel do Estado na utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos	35
3.2	O papel do Mercado na utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos.....	45
3.3	O papel da família na utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos	50
4	Metodologia	57
4.1	Base de dados.....	57
4.2	Variáveis selecionadas	57
4.2.1	Variáveis dependentes.....	58
4.2.2	Variáveis explicativas de interesse.....	61
4.2.3	Variáveis explicativas de controle.....	65
4.3	Modelo de regressão	73
4.4	Resultados.....	74
5	Considerações Finais	92
	Referências bibliográficas	98

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Mensuração de Risco em 10 países – Variáveis mais Usadas	22
Tabela 2: Níveis de aplicação da medicina preventiva segundo Leavell e Clark (1976).....	24
Tabela 3: Distribuição dos idosos residentes em Minas Gerais de acordo com a realização dos exames de colesterol, pressão arterial e glicose por sexo – 2011	58
Tabela 4 Distribuição dos idosos residentes em Minas Gerais de acordo com a realização dos exames de papanicolau, do exame de clínico de mama e do exame de mamografia – 2011.....	60
Tabela 5: Distribuição dos idosos residentes em Minas Gerais de acordo com o arranjo domiciliar, a visita de agente comunitário de saúde e plano de saúde – 2011.....	61
Tabela 6: Distribuição dos idosos residentes em Minas Gerais de acordo com o arranjo domiciliar, a visita de agente comunitário de saúde e plano de saúde – 2011.....	62
Tabela 7: Distribuição dos idosos do sexo masculino residentes em Minas Gerais de acordo com o arranjo domiciliar, a visita de agente comunitário de saúde e plano de saúde – 2011.....	62
Tabela 8: Distribuição dos idosos do sexo feminino residentes em Minas Gerais de acordo com o arranjo domiciliar, a visita de agente comunitário de saúde e plano de saúde – 2011.....	63
Tabela 9: Distribuição dos idosos por sexo residentes em Minas Gerais de acordo com o arranjo domiciliar, e as variáveis independentes de controle– 2011	67
Tabela 10: Distribuição dos idosos por sexo residentes em Minas Gerais de acordo com a visita do Agente Comunitário de Saúde, e as variáveis independentes de controle– 2011.....	69

Tabela 11: Distribuição dos idosos por sexo residentes em Minas Gerais de acordo com a presença de plano de saúde, e as variáveis independentes de controle—2011.....	70
Tabela 12: Resultados dos modelos de regressão logística para análise do efeito do arranjo domiciliar e da visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) sobre a realização dos exames de colesterol, glicose e pressão arterial controlado pelas características elencadas, para todos os idosos, e por sexo, Minas Gerais, 2011.....	74
Gráfico 1: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Colesterol para homens, por Idade e Arranjo Domiciliar - Idosos, MG, 2011	79
Gráfico 2: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Glicose para homens, por Idade e Arranjo Domiciliar - Idosos, MG, 2011	79
Gráfico 3: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Colesterol para homens, por Idade e Visita do ACS - Idosos, MG, 2011	80
Gráfico 4: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Glicose para homens, por Idade e Visita do ACS - Idosos, MG, 2011	81
Gráfico 5: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Colesterol para homens, por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011	82
Gráfico 6: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Colesterol para mulheres, por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011	82
Gráfico 7: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Glicose para homens, por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011	83
Gráfico 8: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Glicose para mulheres, por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011	83
Tabela 13: Razões de chance estimadas para análise do efeito do arranjo domiciliar e da visita do agente comunitário de saúde sobre a realização dos exames de Papanicolau, clínico de mama e mamografia para as mulheres idosas, Minas Gerais, 2011	84

Gráfico 9: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Mamografia, por Idade e Visita do Agente Comunitário de Saúde - Idosos, MG, 2011	86
Gráfico 10: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Papanicolau, por Idade e Arranjo Domiciliar - Idosos, MG, 2011.....	87
Gráfico 11: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Mamografia, por Idade e Arranjo Domiciliar - Idosos, MG, 2011	87
Gráfico 12: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Clínico de Mama, por Idade e Arranjo Domiciliar - Idosos, MG, 2011.....	88
Gráfico 13: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Papanicolau, por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011	89
Gráfico 14: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Mamografia, por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011	89
Gráfico 15: Probabilidade Predita de Fazer Exame de Clínico de Mama, por Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011	90

RESUMO

A transição epidemiológica pelo qual tem passado o Brasil acarretou uma modificação do perfil de saúde da população, substituindo paulatinamente as doenças infectocontagiosas por doenças crônicas. Aliada a essa transição ainda incompleta, o país passa por um processo acelerado de envelhecimento populacional. Essas transições se deram sem que se tenha constatado uma real mudança na qualidade de vida da maioria da população. Ademais, a velocidade dessas transições gerou um desafio, em termos de capacidade institucional, para acomodar as novas demandas derivadas desse processo. A mudança no foco do paradigma curativo para preventivo foi uma resposta racional ao aumento da proporção de idosos numa sociedade com indivíduos cada vez mais longevos, culminando com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) e de programas preventivos por parte dos planos privados de saúde. Dadas as assimetrias socioeconômicas, é possível que o papel da família ainda seja importante para promover a utilização de serviços de cuidados preventivos entre os idosos, mesmo na presença de buscas ativas e atendimentos domiciliares pelos profissionais de saúde do PSF e de programas de incentivo por parte dos planos de saúde. Portanto, é necessário entender o papel de cada um desses fatores (Estado, mercado e famílias) no que tange a utilização de serviços preventivos de saúde pelo idosos. Utilizando dados da Pesquisa de Amostra de Domicílios (PAD) de 2011 realizada pela Fundação João Pinheiro sobre serviços preventivos (exames) para idosos aplicados a um modelo logístico binário múltiplo, analisou-se a associação entre visita dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), utilizada como *proxy* para o PSF, arranjo domiciliar, posse de plano de saúde e a probabilidade dos idosos utilizarem serviços preventivos de saúde. Foram estimados modelos para cada sexo (e para todos os idosos), e em seguida calculadas as probabilidades de realização de cada um dos seguintes exames preventivos: exame de pressão arterial, exame de colesterol e exame de glicose. Os exames de mamografia, exame clínico de mama e exame de Papanicolau foram estimados apenas para a amostra de mulheres idosas. Para os idosos residentes em Minas Gerais, não foi encontrado efeito das variáveis de interesse sobre a chance de realização do exame de pressão arterial. Para os demais exames, aqueles que possuíam plano de saúde tinham uma probabilidade significativamente maior de utilização dos outros dois exames. A associação da visita do ACS e do arranjo domiciliar não foram estatisticamente significantes para as mulheres nesses dois exames. Para os homens idosos, o arranjo domiciliar foi estatisticamente

significante para dois tipos de arranjo - idosos residindo com o cônjuge e com o cônjuge e filho, com o primeiro apresentando maior probabilidade que o segundo, e ambos apresentando maior probabilidade do que os idosos que residiam sozinhos. Para homens idosos que receberam a visita do ACS há uma probabilidade significativamente maior de utilização dos outros dois exames preventivos se comparado com aqueles que não receberam. Para os exames exclusivos para as mulheres, os planos de saúde apresentam associação positiva significativa, o arranjo domiciliar apenas para as idosas que co-residem com os cônjuges, e a visita do ACS apenas para o exame mamografia. A partir desses resultados, tem-se que o papel desses três fatores são fundamentais para a utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos, sendo o PSF fundamental para dirimir as diferenças socioeconômicas e o arranjo foi fundamental para a utilização de serviço preventivo, especialmente entre os homens idosos.

ABSTRACT

The epidemiological transition in which the past Brazil has led to a modification of the health profile of the population, gradually replacing infectious diseases to chronic diseases. Allied to this still incomplete transition the country is undergoing a rapid process of population aging. These transitions are given without having found a real change in the quality of life of the majority population. Moreover, the speed of these transitions generated a challenge in terms of institutional capacity, to accommodate the new demands arising from this process. The shift in focus from curative to preventive paradigm was rational to increase the proportion of elderly in a society with increasingly long-lived individuals response, culminating in the implementation of the *Programa Saúde da Família* (PSF) and prevention programs by private plans health. Given the socioeconomic asymmetries, it is possible that the role of the family is still important to promote the use of preventive care services among the elderly, even in the presence of active pursuits and home care by health professionals of the PSF and incentive programs by health plans. Therefore, it is necessary to understand the role of each of these factors (state, market and family) regarding the use of preventive health services by the elderly. Using data from the *Pesquisa de Amostra de Domicílios* (PAD) 2011 conducted by João Pinheiro Foundation on preventive services (exams) for seniors applied to a binary multiple logistic model, we analyzed the association between visiting the Community Health Agents (CHA) used as a proxy for the PSF, living arrangement, ownership of the health plan and the likelihood of seniors use preventive health services. Models were estimated for each sex (and for all seniors), and then calculated the probabilities of achieving each of the following screening tests: examination of blood pressure, cholesterol test and glucose test. The mammography, clinical breast exam and Pap test were estimated only for the sample of older women. For elderly living in Minas Gerais, was not found effect of the variables of interest on the chance of the examination of blood pressure. For other tests, those with health insurance were significantly more likely to use the other two tests. The association of the visit of CHA and living arrangement were not statistically significant for women in these two tests. For older men, the living arrangement was statistically significant for both types of arrangement - elderly residing with the spouse and the spouse and child, with the first showing a higher probability than the second, and both exhibited more likely than older residing alone. For elderly men who received a visit from CHA there is a significantly higher probability of use of two other preventive tests compared with those who did not.

For exclusive for women exams, health plans have a significant positive association, the only living arrangement for the elderly who co-reside with their spouses, and a visit from CHA only for mammography examination. From these results, it follows that the role of these three factors are critical to the use of preventive health services by the elderly, and the fundamental PSF to resolve socioeconomic differences and the arrangement was crucial to the use of preventive services, especially among elderly men.

1 INTRODUÇÃO

O aumento na proporção de idosos constitui tema de debate em diferentes setores da sociedade em função das implicações para a sociabilidade dos idosos, do acesso a serviços, bem como da pressão dos gastos sobre o sistema de saúde. Diferentemente dos países desenvolvidos, que levaram cerca de dois séculos para completar a transição demográfica¹, o Brasil e outros países latino-americanos estão enfrentando um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso (RAMOS et al., 1993; RODRIGUES et al. 2007).

O Brasil iniciou sua transição demográfica quando começou a apresentar uma queda na taxa bruta de natalidade (TBN) brasileira, entre 1960 e 1970, quando passou de 44 por mil para 37,7 por mil chegando a 15,8 por mil em 2010. A redução da fecundidade no país foi bastante significativa e abrupta e passou de uma média de 6,3 filhos por mulher em 1960 para 1,9 filhos por mulher, segundo o Censo Demográfico de 2010. Durante meados da década de 50, já se verificava uma queda na taxa bruta de mortalidade (TBM). Naquela época, a TBM era de 19,7 por mil enquanto atualmente ela é igual a 6,9 por mil isto é, uma queda de 12,8 pontos percentuais, segundo o IBGE (2008). Ainda segundo o IBGE (2010), houve também um expressivo aumento na expectativa de vida no país, a qual passou de 33 anos em 1900, para 43,3 anos em 1950 e para 73,5 em 2010. Isto é, a esperança de vida ao nascer mais que dobrou em um período de pouco mais de um século. Dentre os fatores que contribuíram para esse rápido aumento da expectativa de vida destaca-se declínio da mortalidade por doenças infecto-parasitárias e contagiosas, fruto principalmente da implantação de políticas de saúde pública e da medicina preventiva, tais como vacinação contra diversas moléstias infectocontagiosas, melhorias nas condições de habitação, alimentação e um maior acesso aos serviços de saúde.

Segundo Wong e Carvalho (2006), no futuro o Brasil estará entre os países em que o ritmo de envelhecimento será um dos mais acentuados. Em 2025 a velocidade de envelhecimento estimada será três vezes maior que a observada em 2000, e em 2045 já se terá

¹ Por transição demográfica entende-se a passagem de altas para baixas taxas brutas de natalidade e mortalidade. Durante o período de transição, a mortalidade reduz-se anteriormente à natalidade, levando a períodos de rápido crescimento populacional e rejuvenescimento a estrutura etária.

mais idosos que jovens no país. Diante disso, é necessária a promoção de mudanças estruturais que respondam às novas demandas e ao aumento da parcela da população idosa. Entretanto, Costa, Porto e Soares (2003) colocam que o Brasil se encontra num processo de envelhecimento que não se constata uma real mudança na qualidade de vida da maioria da população idosa. Com isso, uma questão fundamental é se observar que a queda progressiva da mortalidade não vem acompanhada da diminuição do tempo vivido em más condições de saúde, em idades mais avançadas. Aliado a isso, tem-se que a população idosa é a que mais consome recursos dos serviços de saúde, principalmente dos serviços de média e alta complexidade, e parte disso, se deve ao seu perfil de morbidade que implica em maior gravidade e em comprometimento da funcionalidade e da qualidade de vida (MENDOZA-SASSI & BÉRIA, 2001; LEBRÃO & DUARTE, 2003).

Com isso, Nunes (2004) atenta pra o fato de que com o aumento dessa parcela da população há uma dúvida quanto à capacidade dos hospitais de absorverem o aumento de demanda, assim como a capacidade de realocarem recursos, uma vez que as necessidades com saúde de pessoas idosas são diferentes das necessidades do restante da população. Para Nunes (2004), o maior gasto em saúde nessa parcela da população é devido a três principais motivos: primeiramente, a maior prevalência de doenças crônico-degenerativas que requerem tratamentos mais caros; segundo, maiores taxas de internação e, terceiro, custo médio de internação maior. As inequidades no acesso aos serviços básicos de saúde em tempo hábil e em quantidade e qualidade suficiente para que as ações de prevenção primária sejam acessíveis e efetivas, possivelmente conduzem à situação em que os idosos mais doentes e mais fragilizados sejam os mais frequentes nos serviços de saúde, por terem menos chances de reabilitação (RAMOS, 2003)

Neste contexto, a melhoria da qualidade de vida dos idosos torna-se um desafio no século XXI, na medida em que pode ocasionar consequências nos níveis econômico, social, epidemiológico e familiar, requerendo um maior conhecimento sobre o fenômeno do envelhecimento e principalmente como envelhecer de forma saudável, priorizando esses esforços na manutenção da independência e autonomia do indivíduo (FREIRE, 2000). Percebe-se, que há uma crescente necessidade de abordar o rápido crescimento de problemas de saúde em idosos; bem como de elaborar projetos e oferecer programas de assistência, prevenção e tratamento de doenças; e de aumentar o alcance e efetividade dos serviços de

saúde para esta população por meio de uma série de reformas sistemáticas (BIPARTISAN, 2004).

Nesse sentido a de se pensar em programas de prevenção de doenças, o presente trabalho buscar estudar a utilização dos serviços de saúde preventivos pelos idosos, e a associação desta utilização com as políticas públicas, a saúde suplementar e o suporte familiar. Dessa maneira, a questão principal do trabalho é: Qual a associação entre esses fatores e a utilização de serviços preventivos pelos idosos? Para isso, o trabalho irá realizar uma análise focada nos idosos residentes em Minas Gerais, visto que esse estado apresenta uma grande diversidade socioeconômica, que acarreta também em diversas experiências e práticas sociais, e especialmente, econômicas, gerando grande heterogeneidade territorial, fazendo com que esse seja um retrato em pequena escala da situação brasileira. Além disso, há o fato de que para esse estado existe uma base de dados que permite trabalhar com as variáveis de análise desse trabalho, a Pesquisa de Amostra Domiciliar (PAD) de 2011, que é realizada pela Fundação João Pinheiro, e tem caráter amostral e domiciliar, com representatividade por Mesorregião. Nessa pesquisa foram entrevistados mais de 18 mil domicílios distribuídos em 428 municípios, com a população idosa representando 16,3% da amostra, com 8.495 observações.

Para identificar o grau de utilização dos serviços preventivos de saúde pelos idosos em Minas Gerais foram escolhidos três exames preventivos para os ambos sexo, a saber: exame de pressão arterial, exame de colesterol e exame de glicose. Para as mulheres foram acrescentados outros três exames, a saber: exame de mamografia, exame clínico de mama e exame de papanicolau. Optou-se por usar o um modelo logístico binário múltiplo para estimar as influências de cada um desses fatores na utilização dos serviços preventivos de saúde pelos idosos, controlados pelas condições demográficas, socioeconômicas e de saúde.

O trabalho está dividido em três capítulos, além dessa introdução e da conclusão. O primeiro busca analisar os determinantes da utilização de serviços de saúde, focando na utilização dos serviços de saúde preventivos pela população idosa. No seguinte, discute-se como os três fatores (políticas públicas, saúde suplementar e suporte familiar) associam-se à utilização de serviços preventivos pelos idosos. No último capítulo são apresentados a construção e justificativa das variáveis de análise, as estatísticas descritivas destas, o modelo

de regressão utilizado e os resultados encontrados a partir da PAD 2011 no que tange a associação desses três fatores na utilização de serviços preventivos pelos idosos.

2 SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 Utilização de serviços de saúde

Segundo Andersen (1978) a utilização dos serviços de saúde advém do processo no qual a necessidade individual e a decisão de buscar cuidado médico-hospitalar são atendidas. A utilização dos serviços de saúde pode ser entendida como um processo de contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. Esse processo é determinado por diversos fatores, mas, principalmente, aqueles associados às características dos indivíduos, do sistema de saúde e ao padrão de prática médica (ANDERSEN, 1968, citado por SAWYER et al. 2002; PHILLIPS, 1998; SASSI E BÉRIA, 2001).

Assim, a utilização dos serviços de saúde pressupõe o acesso a esse serviço, ou seja, para que essa utilização seja efetiva é necessário que ao buscar esse serviço de saúde, o usuário seja capaz de encontra-lo ou seja, que ele tenha acesso ao serviço de saúde. Donabedian (1973) coloca que não basta analisar apenas se o indivíduo conseguiu ou não o atendimento, mas também se esse serviço foi capaz de atender a sua necessidade dos cuidados de saúde, ou seja, deve-se levar em consideração o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos oferecidos e utilizados. Assim, para o autor, a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes. Porém para que esse acesso possa ser concretizado é necessário ressaltar que haja oferta desse serviço, quanto tal é demandado, ou seja, é necessário saber se o serviço de saúde prestado é capaz de entregar aquilo que o indivíduo e/ou parcela da população demanda. Dado isso, para se entender a utilização de serviços de saúde é necessário entender a relação entre demanda e oferta dos mesmo.

Ao se pensar na demanda da população por serviços de saúde, Hulka e Wheat (1985) argumentam que a utilização desses serviços por um determinado grupo populacional é predominantemente explicado por seu perfil de necessidades em saúde. Porém, nem todas as necessidades se convertem em demandas. Assim, o conceito de acesso aos serviços de saúde também está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso (OJANUGA & GILBERT, 1992; PUENTES-MARKIDES, 1992). Ademais, o uso dos serviços de saúde tem relação profunda com o

entendimento que o indivíduo tem de sua saúde, de suas possibilidades de recuperação, bem como de obter assistência. No nível individual, a utilização dos serviços de saúde está associada, principalmente, às características biológicas (genética), demográficas (idade, sexo) e socioeconômicas (renda, escolaridade, hábitos de vida e de consumo). Essas características são fundamentais para se entender o efeito do perfil epidemiológico, do perfil de necessidade, das preferências, das decisões e das capacidades dos indivíduos na busca serviços de saúde. De acordo com ANDERSEN (1968), citado por SAWYER et al. (2002), além da necessidade há fatores de capacitação e predisposição que afetam diretamente às características socioeconômicas e demográficas dos indivíduos, as quais, por seu turno, influenciam o uso efetivo de serviços de saúde. Os fatores de capacitação são características socioeconômicas e familiares, que influenciam na capacidade do indivíduo em procurar cuidado. Os fatores de predisposição são aqueles que elevam a propensão de necessidade e que, portanto, influenciam nas chances de uso de serviços de saúde. Verbrugge (1989) acrescenta a cobertura de plano de saúde e a possibilidade de utilização de recursos próprios como fatores adicionais que podem influenciar nessa oferta junto ao usuário.

Para que as necessidades, transformadas em demanda, sejam atendidas, é fundamental a existência de capacidade de oferta e de condições de interposição entre a disponibilidade e uso dos serviços de saúde. Assim, Hulka e Wheat (1985) destacam que nem todas as demandas são atendidas, dado que as características da oferta podem facilitar ou obstruir a capacidade das pessoas de usar os serviços de saúde de que necessitam. Starfield (2004) pontua que o acesso dado à demanda tem dois componentes: o acesso geográfico, que envolve características relacionadas com a distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado e o acesso sócio-organizacional, que inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Wennberg (1985) abrange esse conceito colocando que além da quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos) e da localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador e o tipo de serviço são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos. Nesse mesmo sentido, Andersen (1968), citado por Sawyer et al. (2002), destaca que os principais fatores relacionados à oferta, que estabelecem a capacidade do sistema de saúde em atender as demandas por serviços de saúde da população, são a disponibilidade, a acessibilidade, a qualidade, a quantidade e a localização de recursos humanos, tecnológicos e financeiros e a forma de financiamento. Da mesma maneira, Travassos et al. (2000) enfatizam que as barreiras de acesso caracterizam-se pelo

grau de disponibilidade e distribuição geográfica dos serviços, a disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação do sistema, entre outros.

Assim, a oferta do serviço de saúde ao ser buscado pelo usuário e a demanda/necessidade do serviços de saúde (percepção dos usuários) são fatores importante para explicar as variações no acesso aos serviços de saúde de grupos populacionais, e conseqüentemente da utilização desses. Dessa maneira, pode-se colocar que os fatores relacionados com a utilização dos serviços de saúde são: (1) a necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença); (2) características sócio demográficas e econômicas do usuário (idade, sexo, renda, educação); (3) tipo de sistema de saúde (financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, legislação e regulamentação profissional e do sistema); e (4) organização do sistema (recursos disponíveis, disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios, acesso geográfico e social). Ademais, a influência de cada um dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço (ambulatorio, hospital, assistência domiciliar) e da proposta assistencial (cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação).

As diferenças nos padrões de utilização de serviços de saúde entre populações têm aumentado o interesse por mensuração adequada do risco em necessidade. Essa mensuração, associada às características do indivíduo, pode ser colocada como estratégia para atenuar os problemas de eficiência e alocação de recursos para o cuidado com saúde. No caso de planos e/ou seguros públicos de saúde, é possível utilizar as variações no uso da assistência à saúde entre os indivíduos para alocar recursos com maior eficiência, redistribuindo-os de acordo com as necessidades de cada grupo populacional. Ademais, o uso de informações sobre o risco de necessidade dos indivíduos ajuda no controle de viés de utilização de serviços de saúde, causados por comportamento diferenciado de provedores, provendo a regulação da oferta (VAN de VEN, 2000).

No entanto, o uso dessas variáveis para mensurar o risco é limitado pela falta de estudos e pela indisponibilidade de dados, principalmente no que uso para políticas de saúde suplementar. Uma grande parte das características ligadas ao risco de necessidade é de difícil especificação ou mensuração, como por exemplo, o estado de saúde passado dos indivíduos (VAN de VEN, 2000; PHILLIPS et al., 1998). Dessa maneira, a grande parte dos estudos se

baseia em dados de utilização por idade e sexo, por existirem informações facilmente disponíveis com características observáveis para a maioria das populações e por serem importantes fatores na determinação do padrão de utilização dos serviços de saúde. Essa constatação pode ser observada na Tabela 1, elaborada por Van de Ven (2000).

Tabela 1: Mensuração de Risco em 10 países – Variáveis mais Usadas

País	Variáveis
Bélgica	Idade; sexo; região; incapacidade; desemprego; mortalidade
Colômbia	Idade; sexo; região
República Tcheca	Idade
Alemanha	Idade; sexo; incapacidade
Irlanda	Idade; sexo; hospitalização (ponderados pelos gastos correntes)
Israel	Idade
Holanda	Idade; sexo; região; incapacidade
Rússia	Experimentos sobre diferenciais regionais
Suíça	Idade; sexo; região
Reino Unido	Idade; sexo; utilização passada; fatores locais

Fonte: VAN de VEN (2000)

Porém, Andersen (1995) coloca que essas análises devem ser feitas considerando separadamente os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), os tipos de serviços (hospital e ambulatório) e os tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso, e conseqüentemente na utilização de saúde. Dado que essas análises devem ser realizadas de maneira distinta, o presente trabalho buscou focar na utilização de serviços de saúde para cuidado preventivo, ressaltando problemas de saúde de atenção primária para grupo populacional de idosos que residem em Minas Gerais. Com isso, a próxima seção busca analisar como ocorre a utilização de serviços preventivos de saúde, e na seção subsequente essa utilização pelo grupo populacional a ser estudado, ou seja, pela população idosa.

2.2 Utilização de serviços preventivos de saúde

No espaço clínico as atividades de promoção da saúde² não se diferenciam de intervenções de prevenção de doenças³. As prática em promoção da saúde, da mesma forma que as de prevenção de doenças, fazem uso do conhecimento técnico e científico específico do campo da saúde. Estas intervenções podem ser tradicionalmente médicas, como imunização, *screening*, ou tratamento com quimioterápicos, ou envolver intervenções educativas sobre mudanças de estilos de vida individuais. Os profissionais de saúde podem estar envolvidos em ações de promoção de saúde mais amplas, como o desenvolvimento comunitário, ou influenciando a formulação de políticas de saúde (FLORIN & BASHAM, 2000).

O movimento da medicina preventiva surgiu no período entre 1920 e 1950 nos EUA, Inglaterra, e Canadá, num contexto de crítica à medicina curativa. Este movimento apresentou uma mudança da prática médica por meio de uma reforma no ensino médico, visando a formação de profissionais médicos com uma nova atitude nas relações com os órgãos de atenção à saúde; ressaltando a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças; introduzindo a epidemiologia dos fatores de risco e privilegiando a estatística como critério científico de causalidade (AROUCA, 1975, TORRES, 2002). A base conceitual desse movimento foi sistematizada no livro de Leavell & Clark “Medicina Preventiva”, publicado em 1976. Para esses autores o conceito de prevenção pode ser definido como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL & CLARCK, 1976, p. 17). Segundo eles, a prevenção apresenta-se em três fases: primária, secundária e terciária (ver Tabela 2).

² As ações de promoção da saúde enfatizam a modificação das condições de vida e de trabalho, demandando uma abordagem inter setorial (COSTA e FREITAS, 2008).

³ As ações preventivas são intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (COSTA e FREITAS, 2008).

Tabela 2: Níveis de aplicação da medicina preventiva segundo Leavell e Clarck (1976)

Prevenção Primária		Prevenção Secundária		Prevenção Terciária
Promoção da Saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoce; medidas individuais e coletivas para descoberta de casos	Limitação de invalidez	Reabilitação
educação sanitária;	uso de imunizações específicas;	pesquisas de triagem exames seletivos;	tratamento adequado para interromper o processo mórbido e evitar futuras complicações e sequelas	prestação de serviços hospitalares e comunitários para reeducação e treinamento, a fim de possibilitar a utilização máxima das capacidades restantes;
bom padrão de nutrição, ajustado às varias fases de desenvolvimento da vida;	atenção à higiene pessoal;	curar e evitar o processo da doença;	provisão de meios para limitar a invalidez e evitar a morte	educação do público e indústria, no sentido de que empreguem o reabilitado;
atenção ao desenvolvimento da personalidade;	hábito de saneamento do ambiente;	evitar a propagação de doenças contagiosas		emprego tão completo quanto possível;
moradia adequada, recreação e condições agradáveis de trabalho;	proteção contra riscos ocupacionais;	evitar complicações e sequelas;		colocação seletiva;
aconselhamento matrimonial e educação sexual;	proteção contra acidentes;	encurtar o período de invalidez		terapia ocupacional em hospitais;
genética;	uso de alimentos específicos;			utilização de asilos
exames seletivos periódicos	evitar contra substâncias "estranhas" (alérgeno)			

Fonte: Leavell & Clark (1976)

A prevenção primária apresenta dois níveis: promoção da saúde (medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima); e proteção específica. A prevenção secundária também se apresenta em dois níveis: diagnóstico e tratamento precoce, e limitação da invalidez. Por fim, a prevenção terciária tem seu foco em ações de reabilitação (LEAVELL & CLARCK, 1976).

Nos países desenvolvidos, o desenvolvimento dessa perspectiva direcionou-se aos estudos clínicos e epidemiológicos voltados para doenças não transmissíveis ou crônicas degenerativas, ocasionadas principalmente pela transição epidemiológica ocorrida na década de 1950. As ações preventivas com base no diagnóstico precoce foram aperfeiçoadas por meio da adoção de técnicas de exames complementares cada vez mais sofisticados decorrente das pesquisas biológicas e epidemiológicas, que permitiram a construção de importantes recursos para prevenção de doença, incapacidade e morte por problemas como cardiopatia isquêmica, algumas formas de câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, etc. Ademais, procuraram-se relacionar as doenças degenerativas à fatores causais do ambiente como radiações, substâncias químicas tóxicas e estilos de vida como hábito de fumar, consumo de alimentos gordurosos e álcool e falta de exercícios físicos (TERRIS, 1996).

A lógica da medicina curativa se manteve hegemônica frente às mudanças do padrão demográfico e ao aumento e sofisticação da tecnologia médica aliada ao aumento da demanda de tratamentos capazes de salvar e prolongar a vida. A incorporação de alta tecnologia elevou

gradativamente os custos dos procedimentos, conduzindo os sistemas de saúde dos países a uma crise estrutural. Esta crise ocasionou a necessidade de reformas nos sistemas de saúde, o que provocou o aumento do controle dos recursos dos serviços de saúde bem como a maneira com que estes passaram a ser liberados. Essa pressão dos custos, associada com a transição epidemiológica, redundou no resgate de propostas que inicialmente tenderam a ficar em segundo plano. Isso foi particularmente evidente no Canadá (TEIXEIRA, 2001, PARMENTER, 1996).

O documento oficial do Governo do Canadá publicado em 1974, denominado “Informe Lalonde”, é um dos marcos dessa tendência. Este documento define o conceito de campo da saúde como constituído de quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde. Esta definição está mais ajustada ao conhecimento construído no âmbito da epidemiologia de doenças não transmissíveis, mas apresenta uma orientação claramente preventiva (TERRIS, 1996) e uma referência explícita à necessidade de racionalização dos gastos com assistência à saúde:

Até agora, quase todos os esforços feitos pela sociedade para melhorar a saúde e a maioria dos gastos diretos em saúde centraram-se na organização dos serviços de atenção sanitária. Sem dúvida, quando identificamos as principais causas atuais de doença e morte no Canadá, vemos que estão arraigadas nos outros três elementos do conceito: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Portanto, é evidente que gastam-se grandes somas no tratamento de doenças que poderiam ser evitadas” (LALONDE, 1974, apud TERRIS, 1996; pag. 39 e 40).

Nessa perspectiva, mudanças de estilo de vida ou comportamentos relativos à alimentação, exercícios físicos, fumo, drogas, álcool e conduta sexual são reafirmadas nas estratégias de promoção da saúde propostas. Além disso, resgata-se a compreensão do papel fundamental das condições gerais de vida sobre a saúde. Se por um lado a proposta de Lalonde privilegia os projetos em promoção da saúde, a dimensão comportamental e do autocuidado; outros autores ressaltam que este alinha-se apenas à perspectiva de regulação social no contexto de crise do “Welfare State” e de reformas no estado de cunho neoliberal, que visa a diminuição das responsabilidades do Estado, delegando aos indivíduos a tarefa de tomarem conta de si mesmos (PETERSEN, 1997; LUPTON, 1995).

Ao longo das duas ou três últimas décadas conseguiu-se demonstrar que a grande maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente às doenças transmissíveis como às não transmissíveis – são na maioria evitáveis. Evidências desta afirmação são a significativa diminuição de mortalidade por doenças coronárias e

cerebrovasculares, redução de incidência e mortalidade por câncer cervical, diminuição da prevalência de consumo de fumo e da incidência de câncer do pulmão em homens. Dessa forma, uma grande carga produzida por doenças pode ser evitada, tanto em termos sociais como econômicos. A lógica da prevenção clínica é a de estabelecer o diagnóstico de uma doença o mais precoce possível, estando dirigida à pessoas que não apresentam sinais e sintomas de doença (NICHOLLS, 1998).

Visto que os idosos apresentam uma saúde mais fragilizada e maior necessidade de procedimentos médicos quando comparado a outras faixas etárias, aqueles utilizam mais os serviços de saúde, com internações hospitalares mais frequentes, maior tempo de ocupação do leito e período mais lento de recuperação, redundando em um custo mais elevado (VERAS et al., 1997; COELHO FILHO, 2000; MENDES JÚNIOR, 2000; VERAS, 2003; PEIXOTO et al., 2004). Dessa maneira, Reis (2013) sugere que haja uma mudança no foco dos cuidados de saúde para essa parcela da população, reduzindo o foco nas internações para os cuidados preventivos para essa parcela da população, visando minimizar esse aumento de custos.

Nesse mesmo sentido, Berestein e Wajman (2008) colocam que medidas preventivas podem diminuir os gastos com as doenças típicas da população idosa, sendo possível evitar ou retardar o aparecimento delas, que normalmente implicam gastos com recursos tecnológicos mais sofisticados e um maior tempo de permanência em hospitais. É incontestável o benefício do progresso tecnológico trouxe no âmbito da saúde. Porém há um grande descompasso entre o avanço tecnológico e a qualidade de vida e de saúde da população, uma vez que a maioria dos processos tecnológicos apresentam custos elevados. A produção de tecnologia de alta densidade inunda o sistema de saúde, gerando custos maiores do que a capacidade de seu financiamento. A adoção de medidas preventivas pode fazer com que haja uma diminuição desses. (KENEN, 1996)

Bereinstein e Wajnman (2008) ainda colocam que as diferença do gasto total dos serviços de saúde entre as capitais de Belém e Curitiba podem ser explicadas por três efeitos: taxa, preço e composição. De acordo com elas, apesar da do efeito preço ter maior parcela na composição do gasto em 2004 (72,08%), esse diminui ao se realizar essa mesma analisa para a estrutura etária projetada para o Brasil em 2050 (36,51%). Essa mudança proporcional da diferença de gastos entre os efeitos pode ser explicado pelas mudanças na estrutura etária entre 2004 e 2050, que aumenta sua composição relativa de 12,70% para 54,9% entre esses

anos. Todavia, Bereinstein e Wajnman (2008) colocam que o modelo de saúde brasileiro está focado em serviços curativos e não preventivos, e que se investe muito pouco em nas rotinas de prevenção, fazendo que a população venha a procurar os serviços médicos apenas quando estão com o estado de saúde mais debilitado. A partir disso, as autoras expõem que se nenhuma medida for tomada, haverá um aumento nos custos de saúde. Com isso, as autoras propõem que seja realizado esforços e investimentos na área a saúde preventiva e de tratamento ambulatorial. Entretanto, é necessário ressaltar que até então políticas voltadas para a atenção primária, como o Programa Saúde da Família (PSF) na iniciativa pública e ações nesse sentido da iniciativa privada, se intensificaram a partir de 2008.

Dado a maior composição desse efeito nos gastos com saúde e do ainda elevado efeito preço nesses gastos é necessário que se estude dois pontos principais no que tange ao gasto de saúde brasileiro: o investimento em tratamentos preventivos de saúde, visando diminuir o efeito preço, e a população que mais se utiliza desse serviço, ou seja a população idosa, que tem e continuará aumentando devido à mudança da estrutura etária da população. Dessa maneira, a próxima seção buscar abordar a discussão a respeito desses dois principais pontos em conjunto, ou seja, a utilização dos serviços preventivos de saúde pelos idosos., buscando entender a importância da utilização de serviços preventivos de saúde por esse grupo etário e as dificuldades de implementação desses no contexto brasileiro.

2.3 Utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos

A partir da segunda metade da década de 60, a rápida e sustentada redução da fecundidade desencadeou uma série de mudanças profundas na distribuição etária em todo o território brasileiro. Mudanças expressivas são observadas também nas idades adultas. Esperava-se que 50% das pessoas conseguiram sobreviver a idade de aposentadoria, na década de 50. Em contraste, pelo menos 80% dos nascidos devam atingir a idade de 60 anos. Nas próximas décadas, o declínio da mortalidade no Brasil se concentrará, provavelmente, nas idades avançadas. Em consonância ao processo de envelhecimento está o aumento da prevalência de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças pulmonares, que ocasiona um aumento nos gastos em serviços de saúde (ACHUTTI; AJANBUJA, 2004).

Segundo Veras (2003), o aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que

frequentemente exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Esse fato acarreta crescimento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que apresenta um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados.

Dessa maneira, Berenstein, Nascimento e Machado (2008) ressaltam que o aumento da longevidade não está necessariamente associado a um aumento da qualidade de saúde da população: "(...) parte dos anos adicionais de vida, resultado de uma queda na taxa de mortalidade, são vividos em condições pouco saudáveis de saúde ou com incapacidade." (BERENSTEIN; NASCIMENTO; MACHADO, 2008, pg. 2). Camarano et al. (2004) reforçam esse ponto, colocando que se as condições de vida da população sobrevivente não melhorarem, pode-se também prognosticar um aumento do tempo vivido em uma situação precária de saúde, isso porque este processo ocorre em um contexto de grandes desigualdades, de economia frágil, com altos níveis de pobreza, baixa qualidade dos serviços de saúde e recursos financeiros insuficientes. Com isso, uma questão fundamental é avaliar as chances de uma queda progressiva da mortalidade ser acompanhada de uma redução do tempo vivido em más condições de saúde, pela população brasileira, em idades mais avançadas⁴. Entretanto Nunes (2004, p. 22) coloca que:

políticas de saúde pública que focalizem a redução do quadro de morbidade dos idosos, através da "compressão da morbidade", teria que, necessariamente, engendrar programas de prevenção e controle da insuficiência cardíaca, da hipertensão e do AVC, indistintamente de sexo, embora o sexo masculino mostre-se proporcionalmente mais suscetível a esses três tipos de morbidade. Programas de prevenção e controle do diabetes sacarina e da osteoporose também produziram melhorias nos padrões de morbidade do segmento idoso. De modo geral, a redução de diversas doenças crônicas pode estar relacionada com intervenções de controle sobre a pressão arterial, tanto em nível preventivo (consumo de sal e álcool em excesso) como de ações curativas através da atenção primária. Quanto ao controle de diversas doenças respiratórias e vários tipos de câncer, é consensual o papel do cigarro como fator de alto risco.

No Brasil, uma das preocupações com o envelhecimento é a necessidade de se definir qual a melhor estratégia de atendimento aos pacientes. É questionado se o ato de atender, o

⁴ Entretanto, ainda há muita incerteza sobre qual é de fato o tempo de vida saudável devido a inexistência de bases de dados populacionais com os instrumentos de saúde adequados no país. Isso porque, a maioria dos estudos que discutem sobre esse tema, independente do método, são baseados em dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD) que não tem instrumentos adequados.

estudo das doenças e as políticas de saúde deveriam ser feitos tendo como parâmetro a idade ou as necessidades inerentes aos problemas apresentados (LAKS, 1995; ALMEIDA et al., 2003). A World Health Organization (2006) argumenta que a partir dos dados disponíveis, a velhice, em si mesma, não é a principal responsável pela oneração dos gastos públicos com assistência médica. Segundo a organização, o que onera é a incapacidade e o mau estado de saúde que as pessoas passam a enfrentar devido ao avanço da idade. À medida que as pessoas envelhecem, as doenças crônicas se convertem nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, ocasionando aumento nos custos de internação.

O episódio de internação, no Brasil, apresenta outros desdobramentos, como a sobrecarga sobre os sistemas de saúde, representando altos custos para os serviços. Segundo o IBGE (2009), existe uma relação direta entre o custo per capita de internação e a idade, que varia de R\$ 93,05 para um idoso com idade entre 60 e 69 anos, para R\$ 178,95 para um idoso com idade igual ou superior a 80 anos. Isso pode ser explicado ao se analisar as estatísticas provenientes da atenção terciária brasileira, que mostram uma prevalência importante de internação, predominantemente voltada aos serviços públicos de assistência à saúde, que por sua vez detém escassos recursos financeiros e estruturais (ASSIS et al, 2003).

Assim, o elevado custo da assistência à saúde na terceira idade tem inibido as iniciativas do poder público dirigido a essa faixa etária (TELAROLLI et al., 1996). Seria necessário financiar modelos de operação do sistema de saúde que encontrem uma conjunção otimizada entre a qualidade dos serviços prestados e a quantidade de recursos despendidos. A lógica é de que a pequena parcela da população idosa que utiliza intensivamente os recursos destinados à saúde poderia gozar de melhor saúde e gastar menos em hospitalizações e recursos de complexidade tecnológica crescente se seus membros em maior risco fossem identificados precocemente e abordados de forma preventiva (VERAS, 2003). Deve-se ressaltar que uma característica relevante da população na terceira idade é que ela constitui um grupo importante de consumidores dos serviços de saúde por possuírem maior fragilidade biológica, psíquica e social e, conseqüentemente, maior possibilidade de sofrer enfermidades em qualquer um desses três determinantes (LIMA E CAMUS, 1996; ALMEIDA et al., 2003; CANINEU et al., 2004).

Entretanto, a implementação desse tipo de ação preventiva entre os idosos ainda é um desafio, visto que a utilização dos serviços de saúde por essa parcela da população ainda apresenta uma grande relação com o entendimento por parte do indivíduo do nível de saúde por ele desejada, das suas possibilidades de recuperação e de como de obter assistência. O número de consultas médicas da população idosa, se comparado com o total da população, apresenta grande variabilidade (FRANCISCO et al., 2003; BRASIL, 2006). Segundo Rowland (1992), pesquisas realizadas no Japão, Alemanha, Canadá e EUA apresentam uma proporção da população idosa de 10%, 14%, 31% e 40%, respectivamente. No Brasil, segundo os dados da PNAD de 2003, 28% dos idosos brasileiros pesquisados não foram ao médico. Ademais, cerca de 70% dos idosos brasileiros são usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, que de maneira geral é considerado um sistema de baixa qualidade, com pouca resolutividade pelos usuários, falho e com um elevado tempo de espera nos diversos tipos de atendimento (FARIAS, 2001).

Nesse mesmo sentido de utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos e o grau de resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários, Lima-Costa et al. (2002), em um estudo para uma população de 1606 idosos no interior de Minas Gerais, relataram que o grupo que dependia dos serviços públicos em comparação ao que possuía plano privado de saúde, apresentava evidências de pior condição de saúde, visitava menos o médico e usava o menor número de medicamentos prescritos. Segundo os autores, o principal relato dos entrevistados do motivo de possuírem plano de saúde privado foi econômico e não a condição de saúde. Nessa mesma pesquisa, as reclamações sobre os serviços médicos foram identificadas nos dois grupos, porém tendo sido maior entre os que dependiam dos serviços públicos (70,9%) do que aqueles que tinham planos privados (45,2%). Nunes (2004) coloca que medidas de saúde pública que visem a substituição da quantidade de procedimentos de internação pela qualidade desses serviços, de maneira a reduzir as taxas de utilização, de forma que o paciente volte menos vezes ao hospital, fazem com que não haja aumento dos custos e melhora na qualidade do atendimento. Para Nunes (2004) isso seria por meio da adoção de programas preventivos, como de “saúde em casa” e internações domiciliares. Com isso se esperaria “uma melhor prevenção das insuficiências cardíacas, do AVC, assim como a prevenção e o controle da hipertensão, do diabetes, da asma e da osteoporose” (NUNES, 2004, p.23).

A pesquisa de Lima-Costa et. al (2002) também apresenta que 25% da população idosa considera a sua saúde como boa ou muito boa. Esses dados refletem o resultado do Brasil na PNAD mais recente à época (1998), que indicava que 24% dos idosos brasileiros pesquisados, com 60 ou mais anos, avaliaram sua saúde como boa ou muito boa (IBGE, 2000). Ao se analisar o estado de São Paulo, esse percentual chegou a 70% (RAMOS et al. 1998), 44% no Rio de Janeiro (VERAS, 1992), e 48% em Belo Horizonte (LIMA-COSTA, 2004). Isso demonstra a heterogeneidade na auto avaliação que a população idosa faz da saúde em diferentes regiões do país, devendo ser explorada para que as diferentes demandas e perfis sejam adequadamente atendidos. Esse fato corrobora os resultados encontrados por Farias (2001) e Rowland (1992), uma vez que idosos com melhor percepção de saúde tendem a não frequentar serviços médicos preventivos, visto que creem que não necessitam por estarem bem de saúde.

Em outro estudo sobre a desigualdade na utilização de serviços de saúde pelos idosos Pinheiro e Travassos (1999) observaram que a necessidade foi o principal fator explicativo do uso, embora fatores como sexo, local de residência, renda e direito ao uso de serviços privados tenham mostrado correlação com o maior uso de serviços de saúde, para residentes em três regiões da cidade do Rio de Janeiro (Méier, Copacabana e Santa Cruz). Uma possível explicação para esse resultado pode ser o fato de que os indivíduos residentes em áreas com pior padrão de vida, com menor disponibilidade de serviços de saúde públicos de boa qualidade, irão procurar menos os serviços, ou terão a sua demanda reprimida, dado que essa dificuldade só seria compensada com incremento de custo financeiro (serviços privados ou distantes do local de moradia).

A partir do apresentado, pode-se dizer que o perfil de morbidade da população idosa caracteriza-se por alterações de longa duração, que requerem atendimentos especializados, contínuos, complexos, multidisciplinares e que contemplem a dimensão subjetiva. Uma das implicações imediatas desse perfil de adoecimento é a necessidade de reestruturação dos modelos e métodos de atenção (WHO, 1998), privilegiando não só o atendimento e a reabilitação, mas a instituição de políticas preventivas que interfiram diretamente nos fatores de risco e no acesso ao atendimento adequado, e possam prevenir os agravos e a perda de funcionalidade, melhorando assim a qualidade de vida. Todavia, percebe-se que há uma crescente necessidade de abordar o rápido crescimento de problemas de saúde em idosos; bem como de elaborar projetos e oferecer programas de assistência, prevenção e tratamento de

doenças; e de aumentar o alcance e efetividade dos serviços de saúde para esta população por meio de uma série de reformas sistemáticas (BIPARTISAN, 2004).

Entretanto, o contexto brasileiro de utilização de serviços de saúde preventivos pelos idosos têm como obstáculo o fato de que o acesso a serviços de diagnóstico e tratamento também ser determinado estruturalmente, e não apenas fruto de uma escolha individual. Neste sentido, a superação destas desigualdades sociais e de saúde em prol da promoção da saúde também deve ser um dos aspectos valorizados no processo da prevenção primária (LIMA-COSTA et al, 2007). Ademais, tem-se que as características relacionadas à saúde da população idosa sofrem influência da idade cronológica, sexo, da história de vida, do histórico de exposições aos quais os indivíduos estiveram sujeitos, dos fatores socioculturais, entre outros. Ou seja, por mais que sejam empreendidos esforços crescentes na caracterização dessa população, não se pode tratá-la como um grupo homogêneo. (HULKA & WHEAT, 1985).

Apresentando a necessidade de se focar o atendimento dos serviços de saúde aos idosos em cuidados preventivos e de atenção básica e as dificuldade de implementação desse tipo de serviço no contexto brasileiro, é necessário analisar como a sociedade busca atender as necessidades dessa população no que tangem à esses cuidados. Nesse sentido o próximo capítulo busca analisar como o Estado, o mercado e as famílias atendem ou não atendem essa parcela da população quando elas necessitam desse serviço, levando em consideração os desafios a serem encontrados.

3 A INTERAÇÃO ENTRE ESTADO, MERCADO E FAMÍLIA NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PREVENTIVOS DE SAÚDE PELOS IDOSOS

A provisão de serviços sociais na maioria dos países é uma mistura de provisão social pública e privada. O Estado e o mercado interagem continuamente ao longo da história e definem as formas de provisão social presentes nos países. Segundo Faria (1998), o regime adotado em um país quanto à provisão de serviços e criação de políticas sociais possui forte relação com os papéis atribuídos à tríade - Estado, mercado e família. A configuração das inter-relações entre essas três instituições é capaz de promover diferentes arranjos de bem-estar social. Essas instituições, conforme se estruturam, impactam profundamente umas às outras. Por exemplo, a estrutura familiar – o número de filhos, a posição da mulher como dona de casa e no mercado de trabalho, o cuidado com os idosos e com as crianças – influencia as políticas sociais do Estado que são direcionadas para determinada estrutura familiar. Ao mesmo tempo, as perspectivas de futuro dos membros dessa família influenciam a estrutura familiar que esses irão adotar, e essas acabam por influenciar as políticas do Estado. O mercado também influencia e é influenciado à medida que oferece esses serviços sociais suprimindo uma demanda não abarcada pelo Estado e pelas famílias, ou ainda, oferecendo serviços com maior qualidade. Conforme o papel de cada uma dessas instituições na provisão desses serviços, tem-se uma configuração diferente das formas como os serviços sociais são alocados em determinada sociedade. No entanto, é importante que os arranjos institucionais formem um arcabouço suficiente para a garantia efetiva dos direitos sociais. A intervenção estatal é dimensionada também a partir do tamanho do papel do Estado como garantidor desses serviços. Porém, esses papéis são dinâmicos, modificando-se com o tempo, alterando também o ônus da garantia de determinado serviço e fazendo surgir novas demandas sociais.

Desde 1930 o Brasil vem passando por um processo de desenvolvimento econômico, modernização social, acompanhado de períodos autoritários e de crises econômicas. O crescimento da economia e as mudanças do comportamento demográfico, assim como a melhoria das condições de vida das pessoas e o aumento da participação do setor público na prestação de serviços sociais demonstraram a importância de se estudar como ocorre a dinâmica das políticas sociais no Brasil. É válido ressaltar que esse processo de evolução das

políticas sociais ocorreu de maneira desigual, sem atender a população que realmente necessitava. Com a Constituição de 1988, estabelece-se normativa e legalmente o dever do Estado em prover de maneira universal os serviços sociais básicos: saúde, educação de qualidade e previdência social. O crescimento econômico brasileiro nos anos 2000, proporcionado pela estabilidade econômica e social conquistada nos anos 1990, fez com que esse papel do Estado fosse confirmado. O Estado Brasileiro, porém, tem encontrado dificuldade em manter uma política social universal e de qualidade, principalmente devido ao fato de esse vir atendendo as demandas de atendimento essenciais. Atualmente, com a maior consciência dos seus direitos, a sociedade reivindica demandas mais complexas, ocasionando um aumento do custo da política social. Concomitante às maiores reivindicações e aumento dos custos, o setor público parece ter chegado ao seu limite de tributação e de aumento da sua rede de serviços (FAGNANI, 1997; FREITAS, 2005; JACCOUD, 2005).

Dessa maneira, é necessário entender qual o papel de cada um dos componentes dessa tríade (Estado, mercado e famílias) em relação à oferta de serviços de saúde para os idosos no Brasil. O presente capítulo visa elucidar como o Estado brasileiro tem definido a política pública de saúde para os idosos, como as famílias buscam apoiar os idosos no que se refere aos cuidados de saúde, e por fim como o mercado, ou sistema de planos privados de saúde, tem ofertado serviços para atender essa parcela da sociedade.

3.10 papel do Estado na utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos

Para as provisões sociais serem consideradas públicas elas devem ser diretamente legisladas e administradas pelo Estado ou deve existir um mandato governamental para que o setor privado forneça o serviço. A relação causal proposta por Esping-Andersen (1991) é que o *mix* público-privado reflita a estrutura de provisão do bem-estar de um país. A partir do momento em que o Estado coloca sobre sua responsabilidade a execução de determinados serviços sociais, estes passam a ser considerados políticas públicas com cunho social, ou seja, são políticas sociais.

A concepção de níveis de prevenção foi incorporada ao discurso da Medicina Comunitária no Brasil na década de 1960 e orientou o estabelecimento de níveis de atenção nos sistemas e serviços de saúde que vigora até hoje. Foi amplamente difundida durante os anos 1970 e 1980 juntamente com as propostas de Atenção Primária em Saúde (TEIXEIRA, 2001). Contudo, o desenvolvimento da medicina no Brasil manteve a predominância de uma

prática individual, com enfoque curativo dos problemas de saúde bem como as dicotomias teoria-prática; psíquico-orgânico; indivíduo-sociedade (TORRES, 2002).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, na seção II foi decretado que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988). Assim, a partir da constituição (CF) de 1988 surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira a consolidar o processo de reforma sanitária em curso no país, estabelecendo um novo marco regulatório na área da saúde, garantindo a saúde como um direito inalienável de todos os cidadãos (BRASIL, 1988). Com isso, o modelo do sistema de saúde brasileiro passou a ser de acesso universal, sem qualquer condicionalidade, ao contrário do modelo anterior, que era vinculado à contribuição previdenciária. A partir de então houve uma tendência de reversão do modelo corporativista e reprodutor de desigualdades até então vigente, remontando a década de 1920. No entanto, a realidade do atendimento de saúde no Brasil não é igualitária; o vasto território brasileiro e as diversidades econômicas e geográficas dos municípios comprometem o provimento universal de cobertura proposto pelo Sistema Único de Saúde. De acordo com Girardi et. al. (2010), o que se tem é uma interferência na dispersão dos serviços públicos de saúde e na distribuição de profissionais no quadro nacional, causando desigualdades de acesso e utilização.

Além disso, o SUS buscava descentralizar os serviços de saúde, concedendo aos municípios mais autoridade e responsabilidade com o oferecimento desse serviço. O SUS, segundo afirma Poligano (2001), prioriza a cobertura pública de atendimento à saúde, incluindo ações das esferas federal, estadual e municipal; apresentando participações do setor privado apenas como estratégia complementar. A prestação de serviços no âmbito do SUS é dividida em Atenção Primária, Média e Alta Complexidade. A porta de entrada do sistema, idealmente, é a atenção primária, a qual é composta por centros de atenção básica, como as unidades de pronto atendimento (UPAs). Ainda assim há muitos procedimentos com grandes filas de espera, o que pode trazer impactos ao acesso dos indivíduos ao SUS. Portanto, a base do SUS é um modelo assistencialista, com foco em serviços de prevenção (atenção primária) – como vacinas e outros tratamentos preventivos – e não um modelo voltado para os hospitais.

A Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil pode ser entendida como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. Assim, a Atenção Primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do

cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo (STARFIELD, 1994; VUORI, 1982). As evidências gerais demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder por 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

Com a descentralização político-administrativa proposta pelo Sistema Único de Saúde, transferiu-se aos municípios maior autoridade na gestão da saúde, amparada técnica e financeiramente pelas esferas estaduais e federais. Os serviços de atenção primária, segundo o modelo de descentralização do SUS, é de responsabilidade dos municípios. O que se nota, no entanto, é que ainda há muitas desigualdades na alocação e na prestação dos serviços no âmbito municipal, com a junção de falta de estrutura e de profissionais (os quais, muitas vezes, também são mal qualificados). Essa deficiência de provimento e qualidade na esfera municipal resultou na criação de diversos programas federais, estaduais e municipais de melhoria de serviços e contratação de mão de obra qualificada.

Segundo Oliveira (2007, p.8), "neste novo contexto, os municípios têm o papel da execução dos serviços de assistência à saúde e, mais amplamente, da gestão do nível da atenção primária à saúde (APS)". Em um primeiro momento esperou-se por parte deles uma prestação de serviços que fosse condizente com as necessidades locais, tendo em vista que a esfera municipal permite identificar fatores que muitas vezes não estão ao alcance do governo federal. Entretanto, a capacitação desse órgão gestor e a disponibilidade de recursos e estruturação para oferecer com qualidade o acesso à saúde não foi registrada durante o processo de municipalização do SUS; nem ao menos a problemática da desigualdade de acesso foi completamente solucionada.

As características que constituem a APS são: o *primeiro contato* - acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento; a *longitudinalidade* do cuidado - relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde; a *integralidade* - a equipe de saúde tem que saber lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, pressupondo que a promoção, a prevenção, e o tratamento são

integrados na prática clínica e comunitária; e a *coordenação do cuidado*: é fundamental que haja coordenação das ações/respostas que permitam a utilização da informação. Apesar de apresentadas separadamente, essas características constituintes da APS são interdependentes e complementares.

Com isso, é possível ter um serviço de “porta de entrada”, que é quando a população e a equipe o identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade/problema de saúde. Com esse primeiro contato se dando por meio de uma equipe de APS há a oportunidade de se acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade. Isso permite que, com uma unidade de saúde com equipes estáveis, se tenha de forma regular atenção à saúde a esses grupos. Dado esse conhecimento entre agentes e comunidade, é possível que os agentes tenham conhecimento sobre a realidade da comunidade e dos problemas de saúde que a aflige, de maneira a melhorar a sua condição de saúde. Porém de nada adianta todo esse conhecimento se ele não estiver coordenado, sendo por isso o quarto pilar de coordenação do cuidado, ou seja, é importante que haja disponibilidade de informação (sobre a pessoa, sua história, seus problemas, as ações realizadas, os recursos disponíveis, propiciada pelos sistemas de informação, mecanismos de transmissão da informação e comunicação); e a utilização dessa informação.

A partir dessas características definiram-se nacionalmente as áreas de ação da atenção primária consideradas estratégicas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essas áreas são: a eliminação da hanseníase; o controle da hipertensão arterial; a saúde da criança; a saúde da mulher; a saúde bucal; o controle da tuberculose; o controle do diabetes mellitus; a eliminação da desnutrição infantil; a promoção da saúde e a saúde do idoso. O presente trabalho foca nessa última área estratégica, que ganhou maior força após dezembro de 1999, quando foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI).

A PNSI assumia que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas. Neste sentido, a PNSI define as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor saúde, e indica as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta. Ademais, ela orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar seu

desenvolvimento, considerando possíveis ajustes determinados pela prática. As principais diretrizes são a promoção do envelhecimento saudável voltado ao desenvolvimento de ações que orientem os idosos em relação à importância da melhoria de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida; a eliminação de comportamentos nocivos à saúde; e a manutenção da capacidade funcional referente às ações com vistas à prevenção de perdas funcionais (BRASIL, 1999; BRASIL, 2006). O Estatuto do Idoso, aprovado em 2003, reafirma a Política Nacional de Saúde do Idoso, atribuindo ao SUS a responsabilidade pela atenção à saúde e propondo penas em situações de desrespeito ou abandono de cidadãos da terceira idade (BRASIL, 2003).

Devido aos problemas enfrentados pelos idosos durante a hospitalização, a proposta da PNSI de focar no atendimento domiciliar não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. Todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida Política, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível. Este cuidado comunitário deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso o vínculo com o sistema de saúde (LEITE, 1999; SILVESTRE E COSTA NETO, 2003). Seu deslocamento para um serviço de longa permanência pode ser considerada uma alternativa somente quando falharem todos os esforços anteriores (Galinsky, 1993). Em Portugal, por exemplo, o governo tem alocado uma parcela considerável dos recursos públicos na prestação de serviços em domicílio ou em pequenas unidades de internação menos onerosas do que a internação hospitalar (FERNANDES, 2005). Uma política similar tem sido adotada em países como Inglaterra, País de Gales, Japão e Canadá, tendo resultado na redução dos gastos per capita de internação para indivíduos com 65 anos ou mais entre 1985 a 1999 (SESHAMANI E GRAY, 2002; CARNEIRO ET AL., 2013). Nessa mesma direção, o governo brasileiro buscou articular políticas públicas que proporcionem maior interiorização do atendimento; como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) e os internatos rurais; e, a partir de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF).

O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, com o propósito de fomentar ações capazes de alcançar maior abrangência territorial, descentralização e equidade, a partir da prestação de serviços que priorizassem um atendimento focado em grupos populacionais do

SUS. Posteriormente, em sua fase de consolidação, veio a ser chamada de estratégia Saúde da Família (SF). Considerando o objetivo de reorganizar o atendimento básico da saúde, a assistência prestada às comunidades através do programa visa não apenas o atendimento integral ao paciente, mas também a organização da comunidade e uma atuação mais participativa e efetiva às reais necessidades de saúde. Segundo consta na cartilha do Ministério da Saúde,

Em sua essência, o SF foi pensado como mecanismo de ruptura em relação ao comportamento passivo e baseado em ações pontuais das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade (CHIESA; FRACOLLI apud BRASIL, 2008, p.10).

As equipes de Saúde da Família são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ou mais agentes comunitários de saúde (ACS), caracterizando o seu caráter interdisciplinar e multiprofissional. O Ministério da Saúde recomenda que os serviços prestados por uma equipe de saúde atenda até 4.000 pessoas, podendo variar o número de ACS de acordo com a cobertura populacional da equipe vinculada a Unidade Básica de Saúde. Em 2000 a estratégia expande sua atuação a partir do momento que foram agregadas as Equipes de Saúde Bucal, compreendendo atividade conjunta entre o cirurgião-dentista, o técnico de higiene dental (THD) e o auxiliar de consultório dentário. Conforme afirmado no documento da Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre (Procempa), órgão de processamento de dados do governo municipal de Porto Alegre,

A opção pelo PSF, tal qual o propõe o Ministério da Saúde, se constitui numa alternativa altamente potente para atingirmos, de forma direta, os bolsões de maior necessidade sócio-sanitária da cidade. Entendemos que o PSF pode constituir uma política de base do Sistema de Saúde, provocando uma reestruturação da missão do conjunto dos serviços de atenção primária à saúde já existentes. É de fundamental importância a possibilidade de remunerar as equipes do PSF através da tabela diferenciada do SUS e ainda contratar os profissionais através do sistema de convênios com as associações comunitárias. (PORTO ALEGRE, 2008).

Os recursos do PSF são transferidos aos municípios, tendo por base as informações consolidadas enviadas ao Departamento de Atenção Básica - DAB/MS pelo DATASUS. A Portaria nº 648/2006 estabelece os valores a serem transferidos conforme a modalidade de Equipe de Saúde da Família/Saúde Bucal implantada e o número de Agentes Comunitários de Saúde implantados. Aos municípios compete, entre outras, as seguintes atribuições: garantir fontes de recursos, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as

equipes multiprofissionais do PSF; programar ações de Atenção Básica a partir de sua base territorial; garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos; acompanhar e avaliar o trabalho das equipes de Saúde da Família. Além desses deveres, cabe às esferas municipais estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes, bem como viabilizar as parceiras com organizações governamentais e não-governamentais.

Dentro das equipes do Saúde da Família os ACS são aqueles com o maior potencial de ampliar a capacidade das Unidades Básicas Saúde (UBS) de agirem na comunidade e domicílios por meio da interação com as pessoas e famílias, contribuindo para que se apropriem de conhecimentos e práticas que ampliem a autonomia e desenvolvimento integral. Ademais, eles são os responsáveis pelo cadastramento, mobilização de apoios e suportes sociais e intersetoriais, abrindo o serviços para as demandas e necessidades da comunidade e participando da construção das agendas das equipes (BRASIL, 1999; NUNES et al., 2002).

O estado de Minas Gerais conta atualmente com 1.937 equipes de Saúde da Família e 2.741 equipes de Saúde Bucal, totalizando 4.678 com cobertura territorial de 848 municípios, que correspondem a 99,41% do total, segundo dados do CNES/DATASUS. De acordo com esses dados, em 1998 o número de famílias atendidas era de 557.342 e o último levantamento realizado em julho de 2013 aponta que esse número já é de 3.632.576 famílias, com 12.452.338 pessoas atendidas. Dessas pessoas, 1.742.996 (948.372 mulheres e 794.624 homens) têm mais de 60 anos, o que corresponde a 14% do total de atendidos.

No que tange à população idosa, o PSF apresenta uma peculiaridade, visto que as propostas voltadas para eles referem-se ao atendimento por geriatra e gerontologia, que constituiriam “a base desta assistência” no nível ambulatorial. Indicam-se, também, os centros de referência, hospitais-dia, os grupos de autoajuda, a atenção aos cuidadores informais e a participação de equipe multiprofissional. A única referência à estratégia da Saúde da Família é a do treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais para, no trabalho domiciliar, contribuir no processo educativo, “estimulando a adoção de comportamentos saudáveis” (BRASIL, 1999; VERAS, 2003). Entretanto é de se esperar que o PSF, por ter diretriz de universalidade e equidade, não privilegie uma faixa etária específica, mas sim, acolha as necessidades de todos os indivíduos, identificando as

condições de risco e oferecendo uma atenção holística e humanizada ao núcleo familiar (BRASIL, 2000; SILVESTRE; NETO, 2003).

Entretanto, o idoso tem uma atenção específica, como se coloca no Caderno de Atenção Básica voltado para a atenção à pessoa idosa:

(...) a Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, página 13).

Segundo esse Caderno, entre as atribuições do PSF destaca-se a realização de uma avaliação global da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica que tem como ênfase a funcionalidade, visando detectar a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. Por meio dessa avaliação é que a equipe de Saúde da Família irá elaborar um planejamento terapêutico a longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários. Dessa maneira, é necessário que seja realizada uma ampla avaliação dos antecedentes diagnósticos, com ênfase nas doenças crônicas que mantêm-se ativas. Dada sua prevalência, devem ser sempre investigadas sistematicamente para serem descartadas: afecções cardiovasculares, em especial doença hipertensiva; diabetes e suas complicações; déficits sensoriais (auditivo e visual); afecções osteoarticulares; déficits cognitivos. Para tanto, sugere-se que a equipe do PSF realize diferentes exames, de nutrição, hipertensão, diabete, visão, audição, incontinência urinária, cognição, demência, depressão, atividade sexual e AIDS, atividades diárias, queda e suporte social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Com base na realização desses exames, a equipe da Saúde da Família realiza serviços preventivos de saúde para o idoso, de maneira a identificar as demandas e os serviços necessários para atendê-los, visando um aumento da qualidade de vida dos idosos. Com isso, o PSF visa fazer face aos desafios de saúde preventiva do idoso, atentando-se ao bem-estar, à rotina funcional e à inserção familiar e social do idoso, como se comprova nos diversos estudos a seguir (BRASIL, 2006; CALDAS, 2003; KARSCH, 2003; SILVESTRE; NETO, 2003).

Estudo realizado por Fernandes, Bertoldi e Barros (2008), os quais analisam os padrões de utilização dos serviços de saúde em comunidades cobertas pelo PSF para Porto Alegre no ano de 2003, demonstra que as mulheres com 60 anos ou mais, com cor da pele

branca, com menor nível socioeconômico, sem cobertura por plano de saúde e com auto percepção de saúde ruim tiveram maior probabilidade de utilizar a unidade local de saúde da família. Em relação aos usuários de outros serviços de saúde, o padrão foi semelhante para as variáveis sexo, idade e auto percepção de saúde, mas foi encontrada uma maior utilização por pessoas com maior nível socioeconômico e com cobertura por plano de saúde. A utilização da unidade de saúde da família local foi maior entre as pessoas com menor nível socioeconômico e sem cobertura por plano de saúde, indicando indivíduos mais pobres como prioritários das ações governamentais. Segundo os autores, a mudança do modelo assistencial e a implantação do PSF tendem a melhorar progressivamente as condições de saúde da população mais pobre.

Goldbaum et al. (2005), em estudo feito em 2001 para os distritos de Vila Nova Cachoeirinha e Vila Curuçá - distritos do município de São Paulo, identificaram as mudanças no perfil de utilização de serviços de saúde após implantação do PSF, relacionando-as aos fatores associados a essas mudanças. Segundo os autores, nas áreas cobertas pelo PSF, não houve diferenças estatisticamente significativas na utilização de serviços segundo escolaridade e renda; já nas áreas sem cobertura do PSF a utilização dos serviços foi maior para as pessoas de maior status socioeconômico. Resultados similares foram observados para procura por assistência a pessoas com algum grau de incapacidade. Nas áreas com cobertura do PSF, não se observou diferença por status socioeconômico, apenas pelo grau de severidade da limitação do estado de saúde. Ou seja, os resultados do estudo sugerem que a renda e escolaridade não se constituem em fatores que diferenciam de forma significativa o perfil de utilização de serviços de saúde e de procura por assistência entre a população coberta pelo PSF, indicando que o programa pode estar contribuindo para maior equidade nessas condições.

Fernandes e Ramalho (2006), em outro estudo focando apenas na população idosa e analisando o discurso e a prática de médicos e enfermeiros do PSF, demonstram que eles visualizam o cuidado com o idoso no PSF “importante e necessário”, e “eficaz”. Quanto à visão deles sobre esse cuidado na unidade básica de saúde em que atuam, eles o consideraram “incipiente” e “direcionado para a patologia”. No que se refere às dificuldades experimentadas pelos médicos e enfermeiros para efetivar tal cuidado, estes apontaram “dificuldades oriundas da falta de capacitação profissional” e “dificuldades relativas à falta de estrutura do Programa, da unidade e da comunidade”. As expectativas dos profissionais, com

relação ao cuidado com o idoso no PSF, consistem em “melhorar a qualidade do serviços”. Com isso, as autoras colocam que a assistência ao idoso na atenção primária de saúde requer melhorias para que este venha a ter um cuidado integral e uma melhor qualidade de vida.

Costa e Ciosak (2010) conduziram um estudo no município de Santos, que tinha como objetivo entender como os profissionais de saúde agiam sobre atenção integral e necessidades de saúde dos idosos cobertos pelo PSF. Segundo as autoras, os profissionais se esforçam para atender as necessidades de saúde dos idosos através de ações de prevenção e promoção da saúde. No entanto, suas necessidades sociais e psicológicas não estão sendo atendidas. Com isso, as autoras concluem que os idosos necessitam de maior integralidade e agilidade no sistema de saúde, porque possuem dificuldades no acesso aos serviços e no deslocamento.

Andrade et al. (2013), em estudo realizado sobre o PSF em Minas Gerais, ressaltam que para os idosos há uma variação regional e por classe econômica no que tange à fragilidade, à morbidade e à utilização de serviços preventivos. Porém, segundo elas e corroborando para os resultados encontrados por Fernandes, Bertoldi e Barros (2008) e de Goldbaum et al. (2005), o PSF contribui para a redução das desigualdades na utilização de serviços de saúde nesse grupo populacional. No que tange aos cuidados preventivos, as autoras ressaltam que o PSF se configura como um provedor de cuidados preventivos para esse grupo, de maneira também a reduzir as desigualdades na utilização desse tipo de serviço.

A partir desses estudos, percebe-se que o PSF, apesar de ser um programa não focalizado exclusivamente no idoso, tem ações efetivas para melhorar a saúde e a qualidade de vida dessa parcela da população. O PSF é de grande importância para a população com nível socioeconômico menor e descoberta por plano de saúde privado. Assim, ele age de maneira a diminuir as desigualdades em saúde e no acesso aos serviços de saúde nesse parcela da população. No entanto, há duas questões que se colocam a partir dessa discussão: qual a ação dos planos de saúde privado que ajudam ao PSF no cuidado preventivo para essa parcela da população e qual o papel da família em melhorar as condições de saúde dos idosos? As duas próximas seções visam responder essas duas questões, respectivamente.

3.2 O papel do Mercado na utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos

Segundo Bahia (2001, p 331), a utilização de serviços oferecidos pelo mercado ocorre em função de uma transferência de responsabilidade do poder público para o setor privado, visto que:

(...) os planos privados de saúde representam precipuamente uma alternativa de transferência de riscos para instituições privadas e não somente uma opção individual/familiar de consumo. Ou, em outros termos, um processo de “externalização” dos custos sociais consubstanciado em instituições, regras e normas de funcionamento, mediado necessariamente por unidades coletivas e legitimado por políticas públicas sejam estas de regulamentação ou de renúncia à intervenção.

Dessa forma, a iniciativa privada encontra um segmento de mercado altamente lucrativo para comercializar os planos de saúde e as operadoras articulam diferentes composições da gestão dos riscos sociais entre Estado, mercado e famílias (BAHIA, 2001).

Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS, 2006), os planos de saúde podem ter cobertura segmentada em ambulatorial ou hospitalar (com ou sem obstetrícia), além de planos exclusivamente odontológicos. As regras para precificação e reajuste de contraprestação pecuniária permitem a diferenciação de risco por faixa etária, cobertura geográfica, segmentação de cobertura e rede de atendimento ou reembolso, segundo a Lei 9.656 de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde, e estabelece as regras para o funcionamento do setor de saúde suplementar para vigência a partir de 1º de janeiro de 1999. O único fator permitido pela legislação brasileira para a categorização dos consumidores de planos de saúde é a idade, de forma que estes são categorizados em faixas etárias⁵. Os demais fatores de diferenciação que influenciam o risco (p.ex. gênero, local de residência, hábitos de vida, ocupação profissional) são vetados. Dessa maneira, indivíduos na mesma faixa etária, na mesma operadora de plano de saúde, com o mesmo plano, deverão pagar preços iguais.

A diferenciação de risco por faixa etária poderá ocorrer somente se as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas estiverem previstas no contrato

⁵ A ANS autoriza ajustes além da por mudança de faixa etária, mas não estão vinculadas ao risco, e sim ao custo da operadora, que são os reajustes anual e atuarial, que podem ser ocasionado pela inflação (aumento anual) ou pela mudança de perfil de utilização do plano, o que gera alterações no risco transferido à operadora (aumento atuarial).

inicial, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvada o disposto no art. 35-E da mesma lei. As normas da ANS diferem de acordo com o período em que foi realizada a contratação. Contratações realizadas até 2 de Janeiro de 1999 não aplicam a diferenciação de preços por faixa etária. Para contratações realizadas entre 2 de Janeiro de 1999 e 1 de Janeiro de 2004, aplicam-se oito faixas etárias, e que, por determinação da Resolução Conselho de Saúde Suplementar nº 06/98 determina também que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). Ademais, os contratos de consumidores com 60 anos ou mais e com dez anos ou mais de plano não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.

A atual regra foi modificada devido à aprovação do Estatuto do Idoso, em 2003, que introduziu um novo marco na relação contratual e determinação dos reajustes de preços por faixa etária, ao estipular que em contratos de planos e seguros de saúde não poderão ocorrer reajustes por idade após os 60 anos, obrigando a ANS a rever as regras de reajuste por faixa etária e editar nova Resolução. A partir de então, as contratações realizadas após de 01 Janeiro de 2004, são regidas pela Resolução Normativa nº 63, publicada pela Agência Nacional de Saúde em dezembro de 2003, e determina dez faixas etárias, em que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina também que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Como é possível perceber, os percentuais de reajuste a cada faixa etária não são objeto de normas por parte da ANS, sendo estabelecidos em contrato. Com isso, há uma discricionariedade nos percentuais de reajuste a cada faixa etária, dificultando uma padronização para se analisar o serviço. O risco está vinculado à idade, na medida em que como já apresentado, quanto maior a idade, maior a probabilidade de utilização de serviços médicos e, portanto, maior o risco assumido pela operadora com variação, portanto, da equação atuarial que orienta a formação dos custos das operadoras e seguradoras. É interessante ressaltar que o reajuste de 59 anos ou mais é o maior dentre todos, visto que 59 anos é a última idade que os planos podem realizar reajustes devido a idade, de maneira a seguir as normas estabelecidas pelo Estatuto do Idoso. A partir de 60 anos, os reajustes nos plano de saúde só poderão ocorrer se forem devidos aos custos dos planos.

Um estudo realizado por Veras et. al (2008) para o Brasil em 2006 analisou aspectos da cobertura da população idosa pelos planos de assistência médica na saúde suplementar e a caracterização sociodemográfica desses beneficiários. Os resultados mostraram que há cerca de 36.153.500 beneficiários de planos de assistência médicas no Brasil, ou seja, 19,3% da população brasileira à época, com diferenças regionais importantes. Segundo as autoras, a cobertura dos planos entre as mulheres foi mais elevada (20,4%) que entre os homens (18,3%). Ao se analisar por faixa etária, percebe-se que entre as idades de 50 a 59 anos 27,1% da população brasileira tinha plano de assistência médicas, e que na faixa etária de 60 a 69 anos esse percentual decresce para 23,5%, e volta a subir para as faixas de 70 a 79 e 80 e mais, 26,7% e 30,2%, respectivamente. De acordo com o estudo, o percentual de beneficiários idosos de planos de assistência médica por modalidade de operadora no Brasil⁶ se distribui da seguinte maneira: cooperativas médicas⁷ (34,5%), autogestão⁸ (22,8%), medicina em grupo⁹ (8,8%), seguradoras especializadas em saúde¹⁰ (6,6%) e filantropia¹¹ (5,5%).

A partir desse estudo percebe-se que tanto a cobertura quanto a utilização dos serviços de saúde são maiores entre as mulheres. As autoras colocam que a queda apresentada entre as faixas etária de 50-59 e 60-69, subindo depois na de 70 -70 e 80 e mais decorre do fato de que

⁶ Considerando-se o tipo de contratação – se coletivo ou individual/ familiar – havia informação para 91,1% dos beneficiários brasileiros. Para os demais 8,9%, houve perda de informação relativa a planos com vigência anterior à lei 9656/98 (planos antigos), que não foram informados pelas operadoras ao SIB/ANS.

⁷ sociedades sem fins lucrativos, organizadas sob a forma de cooperativa de trabalho que operam os convênios médico-hospitalares.

⁸ entidades que operam serviços de assistência à saúde, destinados exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhadas. Podem ser patrocinadas ou não pelo empregador.

⁹ empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde para empresas, indivíduos ou famílias. A estrutura de atendimento compõe-se de serviços próprios e credenciados, sendo que as diferentes empresas combinam ou não as duas formas de oferta

¹⁰ sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

¹¹ entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais.

há um grande peso na contratação coletiva¹² por parte da população não idosa, que está inserida no mercado de trabalho, e que ao sair, eles não podem mais usufruir desse tipo de plano, provocando uma queda nos usuários. Depois, esses usuários passam a adotar contratações individuais, ocasionando o aumento da população idosa coberta. Ainda segundo as autoras, pelo estudo é possível perceber que em relação aos idosos:

a cobertura provida pelos planos foi completa, sugerindo cobertura efetivamente dirigida às populações de maior renda, com capacidade de pagar prêmios mais elevados. (...) Entretanto, não há um conhecimento sistematizado sobre que tipo de intervenção tem sido proposto pelas operadoras de planos de saúde. É preciso discutir e elaborar políticas de incentivo a modelos de atenção que apontem para desospitalização, qualquer que seja o tipo – atendimento domiciliar, gerenciamento de doenças crônicas, ou outro. (...) A literatura gerontológica mostra que existem abordagens diferenciadas para idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos e para os idosos acima de 80 anos, como também para idosos do sexo masculino e para os do sexo feminino.

Segundo a ANS (2007), na saúde suplementar o modelo curativo é o hegemônico, assim como na saúde pública, desconsiderando os determinantes sociais, e com ações desarticuladas, desintegrada – agravada pelo fato de os planos apresentarem cobertura segmentada, focadas na assistência médico-hospitalar especializada e com incorporação de novas tecnologias, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente. Com isso, as práticas de promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças são utilizadas de maneira acessória, ou mesmo desconsiderada, ocasionando pouco ou nenhum impacto na saúde dos assegurados. Segundo Costa et al. (2001) isso ocorre porque a lógica da prevenção é de estabelecer o diagnóstico de uma doença o mais precoce possível, estando dirigida à pessoas que não apresentam sinais e sintomas de doença. Isso faz com que dependendo da característica específica do seguro de saúde, o desenvolvimento de ações desse cunho sejam consideradas uma sobrecarga de procedimentos e custos adicionais e não uma inversão de lógica, que teria como consequência a médio e longo prazo a diminuição de internações e outros procedimentos de muito maior custo.

¹² O contrato coletivo diz respeito a um conjunto de pessoas que apresentam uma características comum, de natureza profissional, associativa, empregatícia, etc. No caso dos planos ou seguros de saúde empresariais, as empresas participam do seu custeio. Os contratos coletivos têm reajustes livremente negociados entre as partes contratuais, ao contrário dos planos individuais que necessitam de autorização da ANS. O contrato individual é fundado em uma relação entre indivíduos e seguradoras. A definição do valor do prêmio nesse caso é baseada em cálculo atuarial de risco. O papel regulatório da ANS é mais direcionado, portanto, aos planos individuais e familiares, pois estes não tem mediação de organizações, associações ou empresas (Gama, 2003).

Entretanto, o órgão regulador expõe que os custos em saúde têm crescido exponencialmente sem que haja um impacto significativo na saúde das pessoas. Esse aumento segundo o órgão é ocasionado pelo envelhecimento populacional e pelo maior volume de doenças crônicas não transmissíveis frente às doenças infectocontagiosas, aumentando os custos tecnológicos e a necessidade mais capital e recursos humanos. Esses fatores, estão fazendo com que os seguradoras de plano de saúde busquem a redução dos gastos com assistência à saúde de alto custo.

Percebe-se, portanto, que há uma coexistência de movimentos que buscam estratégias para criar alternativas a um modelo médico-assistencial com custos crescentes e efetividade limitada. O potencial das ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nesse sentido deve ser analisado de acordo com as diferenças que constituem modalidades de contratos coletivos e individuais. Dessa maneira, as seguradoras também estão buscando o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças de maneira, também, a mudar esse paradigma. Dentre os planos de saúde, a Unimed tem incentivado a suas cooperativas a investir em ações de atenção primária para com seus usuários, inclusive criando um comitê específico de atenção à saúde (UNIMED, 2012)

Os programas de promoção da saúde constituem um dos elementos estratégicos centrais no sentido de equilibrar a crescente espiral de gastos com assistência médico-hospitalar, mas têm sido especialmente dirigidos a trabalhadores de empresas, não atingindo de maneira efetiva a população idosa. Entretanto, as ações de prevenção de doenças adaptam-se mais diretamente a contratos individuais e familiares, que atingem a população idosa.

Ao se analisar a utilização de serviço preventivos pela população idosa no mercado privado de saúde, observa-se que esses indivíduos tem grande potencial de demanda de serviços de atenção médica, sendo esse um bom momento para que sejam instruídos pelos profissionais de saúde, especialmente médicos durante consultas clínicas, sobre doenças e riscos ao adoecimento, sendo esses locais espaços privilegiados para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Isso permite que o médico oriente o paciente, inclua procedimentos de detecção sistemática de doenças e vacinação, incorporando assim medidas de prevenção primária e secundária, buscando detectar processos latentes e reduzir ou deter sua progressão (STACHENKO, 1998). Ademais, esse momento de saúde mais frágil faz com que os indivíduos tendam a estar particularmente suscetíveis às intervenções de promoção da

saúde, especialmente aquelas relacionadas com estilo de vida, que corroboram a prática de cuidados preventivos. (FLORIN e BASHAM, 2000)

Este tipo de intervenção requer um esforço personalizado, capaz de persuadir cada paciente de acordo com sua singularidade, o que é bem mais do que proporcionar apenas informação. É necessário, portanto, que os médicos aprimorem sua capacidade de comunicação e que o paciente seja ativamente envolvido na garantia da sua saúde (STACHENKO, 1998). E para que o paciente esteja ativamente envolvido na garantia da sua saúde é necessário não apenas que ele se preocupe com ela, mas que a família também ofereça o apoio necessário. Dessa maneira, a próxima seção visa discutir o papel da família na utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos, ou seja, o papel do suporte informal aos idosos.

3.30 papel da família na utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos

Até então foram apresentados suportes formais de apoio ao idoso. Entretanto, entre os suportes formais e informais, a família é a primeira fonte de cuidado preferida pela sociedade em relação ao envelhecimento, pois permite a participação e integração dos idosos na comunidade e menores custos para o sistema. Os sistemas formais de apoio têm uma estrutura burocrática com objetivos específicos de suporte em determinadas áreas de atenção, com a participação de profissionais ou voluntários para alcançar esses objetivos. Os sistemas informais se diferenciam dos formais pelo modo de executar suas atividades. Seus procedimentos não são regidos por aspectos formais e técnicos, pois a assistência surge como consequência de relações sociais ou afetivas. Não possuem uma construção previamente definida; vão sendo concebidos à medida que as necessidades emergem (CALDAS, 2003; DOMINGUES, 2004).

Ao se discutir família não se deve pensar apenas no modelo nuclear patriarcal, já que esta vem se modificando e construindo novas relações a partir de transformações vivenciadas pela sociedade. A família pode ser entidade como um grupo de pessoas que decide conviver por razões afetivas e assume o compromisso de cuidado mútuo, não levando em conta para isto a existência de laços consanguíneos ou de parentesco (SZYMANSKI, 2002; MIOTO, 2000). Kaloustian (2005) retrata a família como sendo o espaço da garantia da proteção integral e da sobrevivência, independente do arranjo familiar em que se baseie. Nesse sentido,

Ayendez (1994) coloca que o fato de familiares residirem em casas separadas ou muito distantes significa a atenuação dessas relações.

Dessa maneira, ao se estudar a interação da família na utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos deve-se analisar o arranjo domiciliar, onde as relações ocorrem com mais intensidade. Segundo Ayendez (1994), o arranjo domiciliar pode ser formado por uma pessoa vivendo só ou por um grupo de pessoas que residem em um domicílio particular, e que muitas das vezes é constituído por familiares, mas há casos de grupos formados unicamente por pessoas que não reconhecem laços de parentesco entre si.

O apoio informal presume que cada domicílio procure formular estratégias de organização no sentido de suprir demandas que, de outra forma, não seriam satisfeitas. Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, requerendo os mecanismos necessários de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio (GORDILHO et al., 2000).

O apoio prestado pela família tende a aumentar com a idade do parentesco mais velho. No âmbito mundial, as estratégias no cuidado domiciliar de idosos mostram variações em função de diferentes estágios do processo de transição demográfica e epidemiológica, da organização e financiamento do sistema de saúde e em aspectos culturais que determinam, principalmente, a decisão entre a institucionalização e a manutenção do idoso no domicílio junto à família (DUARTE, 2005). Nos países desenvolvidos as funções de auxílio da família para seus membros incapacitados foram substituídas continuamente pelo setor público. Nos países em desenvolvimento, por outro lado, o acelerado crescimento da população de idosos não permitiu que os serviços públicos se adaptassem às necessidades dessa população. A família, portanto, em especial os filhos adultos, continuam representando a principal fonte de auxílio aos idosos. Nos países latino-americanos a tendência de auxílio vindo de ambas as partes mostra ser cada vez mais acentuada (SAAD, 1999).

A diminuição do tamanho da família, um reflexo da redução da fecundidade, e o aumento da longevidade podem contribuir para uma crescente formação de domicílios unipessoais formados por idosos. Aliado a isso, a disponibilidade da mulher, que por razões culturais tem sido tradicionalmente delegada a tarefa dos cuidados básicos aos idosos, diminui à medida que aumenta sua participação no mercado de trabalho (SAAD, 1996). Além disso, o número crescente de divórcios, múltiplos casamentos, a contínua migração dos mais jovens

em busca de mercados mais promissores e o aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe, precisam ser considerados quando se avalia a disponibilidade de parentes para o suporte informal aos idosos na sociedade brasileira (GORDILHO et al., 2000). Esses fatores fazem com que haja uma diminuição das tradicionais famílias estendidas, e com pessoas no domicílio para cuidarem e conviverem com os idosos, fazendo com que esses fossem parte integrante da família (YAZAKI et al., 1991).

Nesse sentido, o estudo do arranjo domiciliar é de suma importância para a determinação do bem estar das pessoas idosas, visto que as pessoas que com elas residem podem auxiliá-las em diversos aspectos, além de, se segundo Wilmoth (2002), poderem determinar o ambiente físico e social onde ocorre o envelhecimento. Assim, o autor coloca que os arranjos domiciliares e as características de saúde estão estreitamente relacionados. Porém, Corrêa (2010) coloca que essa relação depende não apenas do arranjo domiciliar em que o idoso está inserido, mas das características individuais desse (idade, sexo, escolaridade, renda e auto avaliação de saúde, etc) e da interação entre esses dois. Portanto, é necessário estudar como esse processo ocorre.

Segundo Lebrão e Laurenti (2005), em um estudo realizado com base na SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, verificou-se que a maioria dos idosos vive com sua família, 35,2% dos idosos moravam com os filhos e 20,0% moravam apenas com o cônjuge, o que comprova a assistência de outros no cuidado ao idoso. Verifica-se maior proporção de mulheres morando com filhos (54%) do que os homens (34%). Os idosos do sexo masculino do estudo residem em sua maioria com as companheiras, sugerindo que esta é uma fonte potencial de apoio. No estudo de Moraes (2007), 43,5% dos homens eram cuidados pelas esposas e sugere que 46,8% das pessoas que cuidam dos homens possuíam mais de 60 anos. As idosas do sexo feminino residem em grande parte com filhos e com outros familiares, sendo os primeiros seus principais cuidadores.

Para Camarano et al. (2004), os arranjos domiciliares formados por mais de uma geração surgem para garantir a assistência ao idoso. Isso pode ser devido à incapacidade física e financeira, ou à presença de filhos desempregados, morte de um dos cônjuges, casamento ou divórcio dos filhos. Ademais pode haver o prolongamento do tempo de permanência do filho na casa dos pais devido a instabilidade no mercado de trabalho, maior número de anos passados na escola e instabilidade nas relações afetivas. Para as autoras, essa coresidência

beneficia tanto os idosos quanto as gerações mais jovens. uma tendência bidirecional para a formação dos arranjos domiciliares das idosas, enquanto uma parcela foi morar na casa de algum parente, outros receberam os familiares em seu domicílio.

A coresidência por necessidade dos idosos tende a aumentar com o avançar da idade, o que pode estar relacionado à sua maior dependência física ou financeira, mas também é afetada por aspectos culturais (CAMARANO et al., 2004). Em relação aos custos da coresidência, poderiam ser mencionadas a perda de privacidade de ambas as partes e a sobrecarga física e emocional aos familiares de idosos com deficiências físicas e/ou mentais (MARTIN, 1990). Diversos estudos mostram que quanto menor a renda e piores as condições de saúde dos idosos, maiores as suas chances de receber ajuda informal, e também menor a sua probabilidade de prover algum tipo de apoio (DOWD, 1980; WOROBEY; ANGEL, 1990).

Os idosos desprovidos monetariamente podem contribuir para a economia domiciliar através do cuidado das crianças e da casa, pequenos reparos ou sendo o chefe da casa. Em contrapartida, outros membros familiares podem auxiliar o idoso, com a capacidade funcional diminuída, como por exemplo, no transporte, nos cuidados médicos e nos serviços domésticos, além da companhia e apoio emocional para ambas as partes (VOS; HOLDEN, 1988; RAMOS, 1994). Por sua vez, sabe-se que as aposentadorias compõem o orçamento familiar, sendo importante estratégia para a sobrevivência dos grupos domésticos em situações multi-geracionais. O perfil do cuidador é, em geral, formado por cônjuges ou filhos, do sexo feminino, que vivem no mesmo domicílio do idoso. Em muitas situações, também são pessoas fragilizadas, pois apresentam dificuldades financeiras, problemas de afeto e de relacionamento, sobrecarga de tarefas e solidão, sendo doentes em potencial e com a capacidade funcional em risco. (CESCHINI, 2002; KARSCH, 2003)

Os motivos destacados pelos idosos que coabitavam com outras pessoas foram para estar perto dos filhos ou familiares, falecimento do esposo(a)/companheiro(a), além da separação conjugal. A necessidade de cuidados e situação financeira foi pouco mencionada pelos idosos, considerando maior independência destes. Neste momento, o conceito de família deve ser ampliado para abarcar as demandas do idoso, incluindo vizinhos e pessoal dos serviços de saúde os quais o idoso está adstrito (SILVA, BESSA, OLIVEIRA, 2004).

O estado conjugal e o sexo (RAMOS, 1994) de pais idosos e filhos adultos podem influenciar a direção das transferências de apoio familiar, assim como o número de filhos vivos, os recursos físicos, financeiros e a coabitação (DOWD, 1980; WOROBEY; ANGEL, 1990). Segundo Duarte (2001), filhos únicos e mulheres não casadas são particularmente vulneráveis a assumir a função do cuidado ao idoso, e para Saad (2003; 2004), há uma associação positiva entre o número de filhos e a possibilidade do idoso viver com ao menos um deles tanto em regiões onde a coresidência é mais comum, como na América Latina e Ásia, mas também em regiões onde a coresidência é menos comum, como nos Estados Unidos .

Apesar de arranjos independentes de idosos, ou seja, idosos que moram sozinhos e os que vivem com o cônjuge, ser maior em países desenvolvidos, esse número vem aumentando nos países em desenvolvimento, como Argentina, Brasil e Uruguai. No Brasil, a proporção de idosos, em velhice avançada, que residem sozinhos corresponde a 21,3%, com maior porcentagem de mulheres residindo sozinhas (LEBRÃO, LAURENTI, 2005).

A elevação dos níveis socioeconômicos dos idosos e questões culturais, como a valorização do individualismo, são fatores que contribuem para este aumento. Saad (2003) menciona que em relação ao estado conjugal nas idades mais avançadas, a proporção de idosos que moram com cônjuge é maior entre os homens (35,0%) do que entre as mulheres (20,0%). Por outro lado, a proporção de mulheres que moram sozinhas (17%) é maior que os homens (7%). Em Berlim, na Alemanha, Baltés e Mayer (1999) identificaram que na década de 70, 60% dos idosos moravam sozinhos, 25% com o cônjuge ou parceiro e 5% com outras pessoas. Nos EUA, os cidadãos idosos de alta escolaridade são mais propensos a viver sozinhos e menos propensos a coresidem com as crianças, já que a educação está diretamente relacionada a uma melhor saúde e menor número de crianças (WILMOTH, 2002).

No caso dos arranjos que envolvem o casal as demandas tendem a sobrecarregar a mulher, na maioria das vezes também idosa, podendo ter seu potencial de auxílio mais limitado. Estudos mostram que as companheiras do sexo feminino assumem frequentemente a função de cuidadoras, mesmo não estando aptas fisicamente para tal (CAMARANO, 2004). Em estudo realizado por Costa (2012) para o Brasil, observa-se que há uma menor chance de o idoso receber atendimento de emergência no domicílio se viver com cônjuge, demonstrando o efeito protetor de estado civil. Diferentemente do que foi apontado por Camarano (2004),

esse efeito foi protetor para as mulheres e não para os homens, ou, ainda, se for a pessoa de referência no domicílio. Assim, o fato de o idoso ser casado, possuir níveis de renda e estudo mais elevados ou ser proprietário de imóvel diminui as chances de coabitação com filhos, favorecendo este tipo de arranjo. Nesse tipo de arranjo, os homens com maior número de dificuldades nas atividades cotidianas tendem a ter a companheira como responsável por esses, enquanto as mulheres tendem a viver em arranjos com maior número de coresidentes (DUARTE, 2005).

Segundo Camarano (2004), no Brasil é relativamente elevada a proporção de mulheres morando sozinhas, aproximadamente 15% em 2003, e de residentes na casa de “outros parentes”, 16,1%. Dentre as que residiam na casa de parentes, aproximadamente dois terços reportaram serem viúvas. Em um estudo de Camargos et al. (2003) para Minas Gerais em 2003, as chances de uma idosa morar sozinha cresce na medida em que a renda dela aumenta, mesmo controlando por educação, determinantes demográficos e de saúde. Segundo esse estudo, idosas com 75 anos ou mais, com cinco anos e mais de estudo, sem filhos e melhores condições de saúde, têm maior chance de morarem sozinhas. Em estudo mais recente de Costa (2012) para todo o Brasil reafirma esse fato. Segundo a autora, as mulheres idosas são mais propensas do que os homens a viverem sozinhas, e menos propensas a viverem com um cônjuge ou como chefe de família, e cresce na medida em a renda e a escolaridade aumentam.

De acordo com Lloyd-Sherlock (2004), as mulheres idosas experimentam maior probabilidade de ficarem viúvas, e, muitas, vezes, em situação socioeconômica desvantajosa. A universalização da seguridade social, as melhorias nas condições de saúde e avanços nos meios de comunicação, no transporte e nos serviços, podem sugerir que viver só, para os idosos, represente uma forma inovadora e bem-sucedida de envelhecimento, e não abandono, descaso e/ou solidão (CAMARANO, 2002; CAMARGO; RODRIGUES, 2008). Camargos e Rodrigues (2008), por outro lado, lembram que morar sozinho também pode significar para o idoso fragilidade e vulnerabilidade, uma vez que a falta de companhia poderia implicar a presença de hábitos indesejáveis em relação à saúde e falta de assistência adequada. O estudo dos autores revelou que mesmo entre os idosos que se mostravam preocupados com sua saúde, o cuidado com a própria saúde não era tão adequado quanto imaginavam, sendo comum hábitos alimentares indesejáveis, monitoramento inadequado da saúde, falta de prática de atividade física regular, não utilização de medicamentos conforme prescrição e falta de companhia em período integral quando estavam doentes.

Nesse sentido, Costa (2012), em seu estudo para o Brasil coloca que as mulheres utilizam mais serviços preventivos que homens, e que os idosos que coresidem apenas com idosos tem maiores chances de utilizar os serviços de saúde de maneira mais adequada, ou seja, utilizam mais os serviços de saúde preventivos¹³ em relação aos idosos que coresidem apenas com adultos. Nesse mesmo sentido, a autora expõe que a presença de coresidentes adultos, provavelmente filhos dos idosos, não é um fator importante no que tange ao uso adequado e racional dos serviços de saúde pelos idosos, ou seja, a utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos.

Esse ponto é o que se busca estudar nesse trabalho. Os arranjos domiciliares de idosos dão menos ou mais incentivos a esses a cuidarem mais da própria saúde se comparados com os demais arranjos? E entre os arranjos domiciliares de idosos, os idosos que vivem com cônjuges têm mais ou menos incentivos para cuidar da própria saúde se comparado com os que vivem sozinhos? Qual a interação entre a visita da equipe do PSF e a utilização desses cuidados? Ter plano de saúde faz com que se utilize mais esse serviço? O próximo capítulo busca realizar essa análise para os idosos residentes em Minas Gerais no ano de 2011.

¹³ Para serviço de saúde preventivo a autora utilizou como proxy a realização de consulta médica nos últimos 12 meses.

4 METODOLOGIA

4.1 Base de dados

A análise da influência do Estado, mercado e família na utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos em Minas Gerais será realizada a partir dos dados da Pesquisa de Amostra de Domicílios (PAD), realizada pela Fundação João Pinheiro aplicada em 2011. Essa pesquisa é amostral e domiciliar, com representatividade para mesorregião, região de planejamento, situação do domicílio (rural/urbano) e capital e interior do estado. A pesquisa foi realizada entre 01/10/2011 a 29/02/2012, a qual amostrou mais de 18 mil domicílios distribuídos em 1200 setores censitários e 428 municípios, dos 853 municípios do estado. De maneira geral, segundo a pesquisa, em 2011, os homens representavam 49,2% da população. Em relação à distribuição por faixa etária, tem-se que 22,4% da população têm até 14 anos, 5,3% tem entre 15 e 17 anos, 12,3%, entre 18 e 24 anos, 24,1%, entre 25 e 39 anos, 24,1%, entre 40 e 59 anos, e 11,8% tem 60 anos ou mais. Entre a população idosa, tem-se que 54,83% eram do sexo feminino, e 45,17% do sexo masculino.

O questionário da pesquisa é baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2005 e 2007, principalmente as perguntas referentes ao suplemento de saúde de 2003, além dos itens de saúde do módulo saúde 2003 da PNAD. Além dos questionários da PNAD, foram utilizados os do questionário de Avaliação de Impacto do Bolsa Família 2005 (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome), a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2002/2003, Pesquisa de Informações Básicas Municipais - Munic (Munic) de 2005 - ambas do IBGE - e o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis 2003 da Organização Mundial de Saúde (OMS). A partir do questionário é possível obter dados sobre as características dos domicílios, como por exemplo se recebe visita de agentes comunitários de saúde; e dos moradores, como por exemplo informações sobre renda, educação e saúde.

4.2 Variáveis selecionadas

O objetivo desse trabalho é analisar a associação da utilização de cuidados preventivos pelo idosos no estado de Minas Gerais com os serviços e suportes oferecidos por políticas

públicas, pelo sistema de saúde complementar e pelos arranjos familiares. Segundo o Ministério da Saúde (2010), a principal causa de morte entre idosos continua sendo a cardiovascular, seguida dos cânceres. Com isso, se selecionou exames preventivos que buscam prevenir essas duas doenças, sendo que para primeira foi possível identificar na pesquisa três exames que devem ser realizados para ambos os sexos, a saber: colesterol, pressão arterial e glicose. Entretanto para a segunda maior causa de morte foi encontrado apenas exames preventivos para o combate ao câncer para as mulheres, a saber: exame clínico de mama, mamografia e papanicolau.

Apresentadas as análises descritivas das variáveis dependentes, é necessário identificar as variáveis que representem os serviços e suporte ofertados pelo Estado, mercado e famílias. Para isso foram utilizadas as seguintes variáveis: visita de agente comunitário de saúde (ACS) ao domicílio, possuir cobertura privada de plano ou seguro – saúde, e composição do arranjo domiciliar, para representar o papel de cada uma das dimensões citadas, respectivamente.

Sabe-se, no entanto, que essas variáveis de interesse são influenciadas por diversas outras. De acordo com a presença ou ausência destas características, os indivíduos são agrupados, buscando-se identificar semelhanças e diferenças. Com isso é capaz de esclarecer as condições de saúde dos indivíduos de acordo com cada grupo populacional que ele se encaixa. (WILMOTH e MIKE, 2006). Dessa maneira, as próximas três seções buscam apresentar a análise descritiva dessas variáveis, visando entender o comportamento das mesmas.

4.2.1 Variáveis dependentes

Visando a prevenção de doenças cardiovasculares, o exame preventivo mais simples a se adotar é o exame de colesterol. Níveis elevados de colesterol total sinalizam acúmulo de gordura nas paredes do coração e ao longo de toda a corrente sanguínea e, caso uma destas placas se desloque, há um risco de infarto ou acidente vascular cerebral, podendo ocasionar a morte. Portanto, exames preventivos devem ser realizado anualmente. Outra doença frequente nesse grupo é a hipertensão arterial, uma vez que o risco aumenta com a idade, mesmo que o indivíduo apresente histórico de pressão arterial normal durante etapas anteriores do ciclo de vida. Caso não seja tratada, a hipertensão arterial pode ocasionar derrames cerebrais, cardiopatias, como infarto, insuficiência cardíaca (aumento do coração) e angina (dor no peito), insuficiência renal ou paralisção dos rins. Como as causas da doença na maioria das

vezes são desconhecidas, é necessário que se realize exames de pressão de maneira periódica. Esse diagnóstico pode ser obtido pela medida da pressão em várias condições ao longo do dia. Nem sempre é possível que todas essas avaliações sejam feitas por profissionais habilitados e em equipamentos confiáveis. Outro exame que é importante realizar são os exames de glicose, uma vez que eles são importantes para diagnóstico de diabetes tipo 1 e tipo 2, nas quais a concentração de glicose se encontra sistematicamente elevada. O exame é indicado mesmo que não se tenham sintomas definidos, como parte do *check-up* de uma consulta - principalmente porque o diabetes pode permanecer assintomático por muito tempo. Para a população idosa esse exame deve ser realizado anualmente, juntamente com o *check-up* médico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para esses três exames é necessário destacar a necessidade de se estudar os riscos separadamente para cada sexo. Segundo, Wilmoth e Mike (2006) os comportamentos de homens e mulheres em relação aos cuidados com a saúde são significativamente distintos. Historicamente, os homens consomem mais álcool, tabaco e drogas do que as mulheres na maioria das sociedades, e conseqüentemente estão mais propensos a morrer de muitas doenças associadas, como câncer de pulmão, tuberculose e cirrose do fígado. Adicionalmente, mulheres apresentam maiores cuidados com a saúde, e estão sujeitas a trabalhos com menor periculosidade. Dado isso, a tabela 4 busca observar se ambos os sexos apresentam comportamento distintos no que tange a utilização de exames preventivos de saúde utilizados para esse trabalho.

Tabela 3: Distribuição dos idosos residentes em Minas Gerais de acordo com a realização dos exames de colesterol, pressão arterial e glicose por sexo - 2011

Variáveis	Mulher	Homem	Total	P-valor (chi2)
Exame de Colesterol				
Não realizou	794 17,50%	1.067 28,68%	1.861 22,54%	0,000
Realizou	3.742 82,50%	2.653 71,32%	6.395 77,46%	
Exame de Pressão arterial				
Não realizou	209 4,56%	333 8,85%	542 6,49%	0,000
Realizou	4.374 95,44%	3.429 91,15%	7.803 93,51%	
Exame de Glicose				
Não realizou	780 17,19%	1.053 28,34%	1.833 22,21%	0,000
Realizou	3.758 82,81%	2.663 71,66%	6.421 77,79%	

Fonte: Elaboração Própria/ PAD 2011

De acordo com os dados da PAD, de 2011, mais de 77% dos idosos residentes em Minas Gerais realizaram exames de colesterol dentro do prazo sugerido pelo Ministério da Saúde. Esse percentual, no entanto, apresenta diferença significativa entre homens e mulheres. Enquanto mais de 82% das idosas realizaram o exame na periodicidade correta, entre os idosos esse valor não alcançou os 72%. Em relação ao exame de pressão arterial, percebe-se que o número de idosos que realizaram esse exame na periodicidade recomendada foi muito superior ao do exame de colesterol, 93,51% frente 77,49%. A discrepância entre os sexos do percentual de idosos que realizarem o exame há menos de um ano é menor do que o exame de colesterol, 4,29% frente aos 11,18%, mas permanece sendo significativa. Percebe-se que os idosos estão mais propícios a realizar esse exame, até porque pode ser feito em casa com um aparelho simples. No último exame para ambos sexos, os valores são muito próximos ao do exame de colesterol. Percebe-se que mais de 77% dos idosos residentes em Minas Gerais realizaram exames de colesterol há menos de um ano, conforme o recomendado. Entretanto, há uma diferença entre a realização desses exames entre homens e mulheres. Enquanto mais de 82% das mulheres realizaram o exame na periodicidade correta, entre os homens esse valor fica próximo aos 72%.

Com o objetivo de verificar a utilização de exames preventivos para combater a segunda maior causa de morte entre os idosos- os cânceres - foram investigados três outros exames, apenas para mulheres: papanicolau, clínico de mama e mamografia. O conhecimento dos fatores de risco para o câncer e das estratégias de prevenção e detecção precoce podem evitar o aparecimento de novos casos e diminuir consideravelmente a quantidade de mortes por câncer, reforçando a importância de se realizar exames preventivos. Para detectar o câncer de colo de útero o exame recomendado é o papanicolau. Esse exame é a principal estratégia para detectar lesões precocemente e fazer o diagnóstico da doença antes que a mulher tenha sintomas. Ainda segundo o órgão, a sua realização periódica permite que o diagnóstico seja feito cedo e reduza a mortalidade por câncer do colo do útero. Após dois exames seguidos (com um intervalo de um ano) apresentando resultado normal, o preventivo pode passar a ser feito a cada três anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em relação ao diagnóstico e monitoramento do câncer de mama, têm-se dois principais exames: o exame clínico de mama e a mamografia. Esses exames possibilitam a detecção precoce do câncer de mama, e possuem características complementares no diagnóstico. A mamografia, ao contrário do exame clínico das mamas, propicia a

identificação de tumores não palpáveis, isto é, aqueles que não são percebidos pela mulher e nem pelo profissional de saúde. O exame clínico de mamas é realizado pelo médico, e deve ser feito anualmente. O exame de mamografia complementa o clínico de mama, que permite descobrir quando o tumor do câncer de mama é bem pequeno e ainda não é percebido na palpação, durante o exame clínico de mama. Esse exame é obrigatório em mulheres com mais de 40 anos, e deve ser realizado uma vez ao ano. A Tabela 5 apresenta a distribuição das idosas residentes em Minas Gerais de acordo com a realização do exame de papanicolau, do exame de clínico de mama e do exame de mamografia, respectivamente, em 2011. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Tabela 4: Distribuição dos idosos residentes em Minas Gerais de acordo com a realização dos de papanicolau, do exame de clínico de mama e do exame de mamografia - 2011

Variáveis	Mulher
Exame de Papanicolau	
Não realizou	2.586 59,75%
Realizou	1.742 40,25%
Clínico de Mama	
Não realizou	2.674 60,95%
Realizou	1.713 39,05%
Mamografia	
Não realizou	2.770 63,13%
Realizou	1.618 36,87%

Fonte: Elaboração Própria/ PAD 2011

No exame de papanicolau, a relação entre as idosas que realizaram o exame na periodicidade recomendada é inferior ao das que não realizaram na periodicidade recomendada. Mesmo em idades mais avançadas o risco de o câncer de colo de útero se desenvolver ainda existe, ainda que em menor proporção. Os resultados do exame clínico de mama e do exame de mamografia não são muito diferentes dos exames utilizados para um diagnóstico inicial de câncer de colo de útero. Assim, as idosas de Minas Gerais em 2011, de maneira geral, é necessário entender os motivos pelos quais há uma baixa utilização dos exames relativos a prevenção do câncer de colo de útero e de mama.

4.2.2 Variáveis explicativas de interesse

Apresentado a análise descritiva das variáveis dependentes, é necessário analisar o comportamento das variáveis explicativas que temos interesse no presente trabalho. Como já

apresentado a visita do ACS será a proxy para o PSF, e a presença de plano de saúde uma proxy para a relação com a iniciativa privada e o arranjo domiciliar, a proxy para a influência da família. Para a composição do arranjo foram construídos cinco tipos de arranjos, que elencam como o cônjuge e os filhos podem influenciar : o idoso morando sozinho, morando com o cônjuge, morando com o cônjuge e filho, morando apenas com o filhos, e outros. Apesar de Camarano et al (2004) terem encontrado que há uma parcela importante de idosos que moram com pai, mãe, sogro(a), irmão, irmã, outro parente ou agregado, o estudo optou por agrega-los em um único grupo, visto que caso fossem analisados separadamente, o percentual de cada um separadamente é pouco significativo.

A tabela 5 apresenta as variáveis independentes de interesse e o comportamento de cada uma nos grupos, ressaltando a diferenciação entre gênero. Nas tabelas 6, 7 e 8 também se apresenta as variáveis dependentes de interesse, mas se observa a relação dessas com elas mesmas, ou seja, o comportamento de uma variável dependente de interesse dado outra variável dependente de interesse.

Tabela 5: Distribuição dos idosos residentes em Minas Gerais de acordo com o arranjo domiciliar, a visita de agente comunitário de saúde e plano de saúde - 2011

Variáveis	Mulher	Homem	Total	P-valor (chi2)
Arranjo Domiciliar				
Arranjo Domiciliar - Sozinho	814 17,71%	532 14,07%	1.346 16,07%	0,000
Arranjo Domiciliar - Conjuge Apenas	985 21,43%	1.259 33,29%	2.244 26,78%	
Arranjo Domiciliar - Conjuge + Filhos	680 14,80%	1.001 26,47%	1.681 20,06%	
Arranjo Domiciliar -Filhos Apenas	537 11,68%	101 2,67%	638 7,62%	
Arranjo Domiciliar -Outros	1.580 34,38%	889 23,51%	2.469 29,47%	
Plano de Saúde				
Não tem plano de saúde	3.398 73,58%	2.902 76,37%	6.300 74,87%	0,003
Tem plano de saúde	1.220 26,42%	898 23,63%	2.118 25,16%	
Agente Comunitário de Saúde				
Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	1.784 38,62%	1.453 38,19%	3.237 38,43%	0,682
Não Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	2.835 61,38%	2.352 61,81%	5.187 61,57%	

Fonte: Elaboração Própria/ PAD 2011

Tabela 6: Distribuição dos idosos residentes em Minas Gerais de acordo com o arranjo domiciliar, a visita de agente comunitário de saúde e plano de saúde - 2011

Variáveis	Agente Comunitário de Saúde (ACS)			Plano de Saúde		P-valor (chi2)
	Não Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	P-valor (chi2)	Tem plano de saúde	Não tem plano de saúde	
Arranjo Domiciliar						
Arranjo Domiciliar - Sozinho	545 16,93%	801 15,53%	0,029	1.031 16,45%	312 14,83%	0,002
Arranjo Domiciliar - Conjuge Apenas	896 27,83%	1.348 26,13%		1.643 26,21%	600 28,52%	
Arranjo Domiciliar - Conjuge + Filhos	610 18,94%	1.071 20,76%		1.216 19,40%	465 22,10%	
Arranjo Domiciliar -Filhos Apenas	256 7,95%	382 7,41%		483 7,71%	155 7,37%	
Arranjo Domiciliar -Outros	913 28,35%	1.556 30,17%		1.895 30,23%	572 27,19%	
Agente Comunitário de Saúde						
Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)				2.218 35,21%	1.019 48,11%	0,000
Não Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)				4.082 64,79%	1.099 51,89%	

Fonte: Elaboração Própria/ PAD 2011

Tabela 7: Distribuição dos idosos do sexo masculino residentes em Minas Gerais de acordo com o arranjo domiciliar, a visita de agente comunitário de saúde e plano de saúde - 2011

Variáveis	Agente Comunitário de Saúde (ACS)			Plano de Saúde		P-valor (chi2)
	Não Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	P-valor (chi2)	Não tem plano de saúde	Tem plano de saúde	
Arranjo Domiciliar						
Arranjo Domiciliar - Sozinho	219 15,16%	313 13,39%	0,120	439 15,21%	90 10,11%	0,000
Arranjo Domiciliar - Conjuge Apenas	502 34,74%	757 32,39%		932 32,28%	326 36,63%	
Arranjo Domiciliar - Conjuge + Filhos	357 24,71%	644 27,56%		739 25,60%	262 29,44%	
Arranjo Domiciliar -Filhos Apenas	41 2,84%	60 2,57%		80 2,77%	21 2,36%	
Arranjo Domiciliar -Outros	326 22,56%	563 24,09%		697 24,14%	191 21,46%	
Agente Comunitário de Saúde						
Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)				1.022 35,22%	431 48,00%	0,000
Não Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)				1.880 64,78%	467 52,00%	

Fonte: Elaboração Própria/ PAD 2011

Tabela 8: Distribuição dos idosos do sexo feminino residentes em Minas Gerais de acordo com o arranjo domiciliar, a visita de agente comunitário de saúde e plano de saúde - 2011

Variáveis	Agente Comunitário de Saúde (ACS)			Plano de Saúde		
	Não Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	P-valor (chi2)	Não tem plano de saúde	Tem plano de saúde	P-valor (chi2)
Arranjo Domiciliar						
Arranjo Domiciliar - Sozinho	326 18,37%	488 17,30%	0,412	592 16,45%	381 14,83%	0,036
Arranjo Domiciliar - Conjuge Apenas	394 22,20%	591 20,95%		711 26,21%	134 28,52%	
Arranjo Domiciliar - Conjuge + Filhos	253 14,25%	427 15,14%		477 19,40%	203 22,10%	
Arranjo Domiciliar -Filhos Apenas	215 12,11%	322 11,41%		403 7,71%	134 7,37%	
Arranjo Domiciliar -Outros	587 33,07%	993 35,20%		1.198 30,23%	381 27,19%	
Agente Comunitário de Saúde						
Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)				1.196 35,20%	5.888 48,20%	0,000
Não Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)				2.202 64,80%	632 51,80%	

Fonte: Elaboração Própria/ PAD 2011

Pela estatística descritiva das variáveis de interesse percebe-se que a maioria dos idosos moram com os cônjuges ou com os cônjuges e filhos. É válido ressaltar que há uma parcela significativa referente a outros tipos de arranjos (em sua maioria com os pai/mãe/sogro ou irmão/irmã). Ao se analisar essa relação por sexo, percebe-se que os homens vivem mais com cônjuge ou cônjuge e filhos do que as mulheres, que em sua maioria apresenta um outro tipo de arranjo domiciliar (sozinho, com filhos apenas e outro). Segundo Pavan et. al. (2008), isso pode ser explicado pelo fato de que como as mulheres apresentam uma maior esperança média de vida, fazendo com que migrem para a casa dos filhos, morem sozinhas ou encontrei outra companhia para conviver. Portanto, elas têm uma maior probabilidade de ficarem viúvas, fazendo com que tenham outros arranjos (em sua maioria com os pai/mãe/sogro ou irmão/irmã). Em relação à presença de plano de saúde para o idoso, tem que se a maioria apresenta plano de saúde, mais de 85%. Entretanto, há uma diferença de gênero no que tange esse fator. A porcentagem de homens com plano de saúde é superior ao das mulher, e relativamente significativa. A maioria dos idosos recebem visita de ACS, havendo pouca diferenciação entre sexo e arranjos daqueles que recebem dos do que não recebem a visita.

Ao se analisar o comportamento das variáveis de interesse entre elas, percebe-se que há diferenças entre os idosos que possuem e não possuem plano, de acordo com o recebimento da visita do ACS. Aqueles que não apresentam plano de saúde tendem a ter a

visita do ACS, enquanto os que recebem plano tem um percentual menor de visitas. Isso pode ser devido ao fato de que os ACS buscam, primeiramente, visitar os locais em que há menor acesso aos serviços de saúde, que são normalmente locais com maior vulnerabilidade econômica, e onde a presença do plano de saúde é menor. Dessa maneira, a diferenciação pode ser uma relação indireta entre a renda mais elevada (plano) e a renda mais baixa (visita do ACS).

Ao se analisar o arranjo domiciliar e a presença de plano de saúde, percebe-se que há diferenças entre os diferentes tipos de arranjo apresentados. Os idosos que moram sem a presença dos cônjuges apresentam maior prevalência de plano de saúde, e essa relação é mais evidente para homens se comparado às mulheres. Isso pode ser explicado pelo fato de que como os homens não tem a presença do cônjuge, eles buscam “substituir” o suporte à saúde do cônjuge pelo plano. Ao se analisar o comportamento da visita do ACS e o arranjo domiciliar percebe-se que os arranjos domiciliares com cônjuge e filhos ou outros tipos de arranjo tendem a receber menor visita dos ACS. Isso pode ser ocasionado pelo fato de que os agentes irão buscar os idosos que tem menor suporte familiar, visto que o objetivo do programa é oferecer acesso à saúde a todos, mas focalizando nas pessoas que mais necessitam deles.

4.2.3 Variáveis explicativas de controle

Apresentado o comportamento das variáveis explicativas e das variáveis de interesse, é necessário que se leve em consideração outras variáveis, ou seja, são necessárias variáveis de controle, que no presente trabalho serão: idade, renda domiciliar per capita, escolaridade, número de doenças crônicas, saúde auto reportada –características do indivíduo –, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, situação censitária. Essas variáveis são importantes, uma vez que a identificação dessas características estão associados a condição de saúde dos indivíduos. A partir disso realizou-se uma análise dessas variáveis de controle com as variáveis explicativas, para buscar entender o comportamento de uma perante a outra, considerando cada um dos sexos separadamente.

O controle pela variável idade deve ser levado em consideração, uma vez que é de se esperar que na medida em que a pessoa envelhece, a probabilidade de morte aumente. (WILMOTH e MIKE, 2006). Ressalta-se que para a análise foi adotada a distribuição por idade simples. Outro controle que deve ser feito é por nível educacional, uma vez que um

maior nível educacional está correlacionado positivamente com uma melhor condição de saúde, isso porque esse maior nível é capaz de aumentar a habilidade para o uso de informações na tomada de decisão, e estão diretamente ligadas a um melhor conhecimento sobre as suas condições de saúde e os possíveis métodos para se tratar uma enfermidade. Para tanto, o trabalho utilizou a variável “anos de estudo” presente no banco de dados da pesquisa.

As diferentes condições de saúde também são influenciadas diretamente pelas demais características sócio econômicas. O problema em se observar essas características é que não há uma boa *proxy* capaz de medir se essas realmente ocasionam ganhos na esperança de vida do indivíduo, ou seja, não se sabe exatamente qual seria a melhor variável para mensurar os efeitos de melhoria socioeconômica dos indivíduos na expectativa de vida dos indivíduos (WILMOTH e MIKE, 2006 e WOOD e CARVALHO, 1994). Para o presente trabalho optou-se por utilizar os quintis de renda per capita do domicílio em que residia o idoso. Essa variável foi construída a partir da renda total de cada morador do domicílio e do número de pessoas que residiam nesse domicílio que constavam na base de dados da pesquisa. Assim, a renda per capita do domicílio é a soma da renda total de cada um dos indivíduos que tem rendimento dividida pelo número de pessoas residentes no domicílio.

Outro fato que deve ser considerado para a utilização de serviços de saúde é a necessidade que o indivíduo tem em acessar esse serviço (HULK e WHEAT, 1985). Isso porque essa necessidade pode fazer com que ele demande mais serviços de saúde e/ou dificultar seu acesso a esses, principalmente aqueles indivíduos que apresentam alguma tipo de doença crônica. Para tanto foi criada a variável número de doenças crônicas a partir da presença ou ausências das seguintes doenças que foram perguntadas ao entrevistado se algum médico ou profissional de saúde disse que ela tinha: cardíacas, diabete, hipertensão, tuberculose, depressão, insuficiência renal crônica, bronquite ou asma, câncer, Artrite e reumatismo, e, doença de coluna ou costas. Ademais, deve-se considerar também, as escolhas individuais, uma vez que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas. Assim, o conceito de acesso aos serviços de saúde também está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso (OJANUGA e GILBERT, 1992; PUENTES-MARKIDES, 1992). Portanto, deve-se considerar a saúde auto reportada pelo indivíduo. Para o modelo de regressão adotou-se uma distribuição binomial, em que se considera em bom estado de saúde

aqueles que reportaram estado de saúde muito ou bom, e os demais são considerados em estado de saúde ruim.

O tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos (WENNBORG, 1985). Assim, fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso. Para isso foi construída a variável de acesso a serviços saúde. Esta é baseada nas informações de procura ou necessidade de atendimento médico ou de saúde nos últimos 30 dias associada ao principal motivo pelo qual não procurou atendimento médico ou de saúde no mesmo período.

A partir de então, tem-se as seguintes combinações: não teve dificuldade e teve dificuldade. O primeiro é composto pelas seguintes combinações: não precisou; precisou e procurou atendimento; precisou, mas não procurou atendimento, por não ser necessário. O segundo é composto pelas seguintes combinações: precisou, mas não procurou atendimento e não precisou com as seguintes combinações: pelo fato de o local de atendimento ser distante de casa, ou havia dificuldade de transporte, ou teve falta de dinheiro, ou não teve tempo, ou o atendimento é muito demorado, ou estabelecimento não possuía horário, ou estabelecimento não possuía o especialista, ou que não conseguiria atendimento, ou outro motivo. Por fim, há diferentes condições de saúde por local de residência reproduzem as diferenças socioeconômicas e acesso a serviços e bens (WILMOTH e MIKE, 2006). Assim, é necessário se analisar o setor censitário dos indivíduos. As tabelas 9, 10 e 11 apresentam o comportamento de cada uma dessas variáveis de acordo com o arranjo domiciliar, vista do ACS e presença de plano de saúde por sexo.

Tabela 9: Distribuição dos idosos por sexo residentes em Minas Gerais de acordo com o arranjo domiciliar, e as variáveis independentes de controle– 2011

(continua)

Variáveis	Masculino					P-valor (chi2)
	Arranjo Domiciliar - Sozinho	Arranjo Domiciliar - Conjuge Apenas	Arranjo Domiciliar - Conjuge + Filhos	Arranjo Domiciliar - Filhos Apenas	Arranjo Domiciliar - Outros	
Idade						
60-64 anos	143 26,88%	332 26,37%	397 39,66%	17 16,83%	224 25,20%	0,000
65 a 69 anos	118 22,18%	307 24,38%	238 23,78%	18 17,82%	216 24,30%	
70 a 74 anos	115 21,62%	267 21,21%	173 17,28%	19 18,81%	176 19,80%	
75 a 79 anos	61 11,47%	179 14,22%	99 9,89%	15 14,85%	120 13,50%	
80 anos ou mais	95 17,86%	174 13,82%	94 9,39%	32 31,68%	153 17,21%	
Anos de estudo						
Anos de estudo -Analfabeto	189 36,07%	303 24,36%	207 20,89%	33 33,33%	265 30,25%	0,000
Anos de estudo - 1 a 4 anos	250 47,71%	696 55,95%	577 58,22%	45 45,45%	459 52,40%	
Anos de estudo - 5 a 8 anos	34 6,49%	110 8,84%	87 8,78%	11 11,11%	80 9,13%	
Anos de estudo - 9 a 11 anos	24 4,58%	90 7,23%	71 7,16%	7 7,07%	51 5,82%	
Anos de estudo - 12 ou mais	27 5,15%	45 3,62%	49 4,94%	3 3,03%	21 2,40%	
Renda domiciliar per capita						
Renda domiciliar per capita - primeiro quintil	42 7,89%	60 4,77%	98 9,79%	7 6,93%	84 9,45%	0,000
Renda domiciliar per capita - segundo quintil	8 1,50%	165 13,11%	137 13,69%	27 26,73%	162 18,22%	
Renda domiciliar per capita - terceiro quintil	11 2,07%	109 8,66%	259 25,87%	13 12,87%	262 29,47%	
Renda domiciliar per capita - quarto quintil	283 53,20%	541 42,97%	246 24,58%	21 20,79%	227 25,53%	
Renda domiciliar per capita - quinto quintil	188 35,34%	384 30,50%	261 26,07%	33 32,67%	154 17,32%	
Número de doenças crônicas						
Número de doenças crônicas - 0	143 26,88%	313 24,86%	305 30,47%	16 15,84%	242 27,22%	0,010
Número de doenças crônicas - 1	161 30,26%	399 31,69%	324 32,37%	31 30,69%	273 30,71%	
Número de doenças crônicas - 2	104 19,55%	288 22,88%	198 19,78%	31 30,69%	192 21,60%	
Número de doenças crônicas - 3 ou mais	124 23,31%	259 20,57%	174 17,38%	23 22,78%	182 20,47%	
Estado de saúde autoreportado						
Estado de saúde autoreportado - Muito Bom	35 6,58%	89 7,07%	89 8,89%	6 5,94%	63 7,09%	0,013
Estado de saúde autoreportado - Bom	230 43,23%	538 42,73%	466 46,55%	38 37,62%	359 40,38%	
Estado de saúde autoreportado - Regular	198 37,22%	517 41,06%	375 37,46%	46 45,54%	386 43,42%	
Estado de saúde autoreportado - Ruim	57 10,71%	91 7,23%	61 6,09%	10 9,90%	69 7,76%	
Estado de saúde autoreportado - Muito Ruim	12 2,26%	24 1,91%	10 1,00%	1 0,99%	12 1,35%	
Grau de dificuldade de acesso ao centro de saúde						
Sem dificuldade	515 96,99%	1 97,14%	957 95,70%	100 99,01%	864 97,19%	0,167
Com dificuldade	16 3,01%	36 2,86%	43 4,30%	1 0,99%	25 2,81%	
Situação Censitária						
Situação Censitária - Rural	144 27,07%	324 25,73%	193 19,28%	12 11,88%	155 17,44%	0,000
Situação Censitária - Urbano	388 72,93%	935 74,27%	808 80,72%	89 88,12%	734 82,56%	

(continuação)

Variáveis	Feminino					P-valor (chi2)
	Arranjo Domiciliar - Sozinho	Arranjo Domiciliar - Conjuge Apenas	Arranjo Domiciliar - Conjuge + Filhos	Arranjo Domiciliar - Filhos Apenas	Arranjo Domiciliar - Outros	
Idade						
60-64 anos	161 19,78%	327 33,20%	272 40,00%	128 23,84%	400 25,32%	0,000
65 a 69 anos	179 21,99%	288 29,24%	188 27,65%	112 20,86%	323 20,44%	
70 a 74 anos	150 18,43%	196 19,90%	96 14,12%	102 18,99%	302 19,11%	
75 a 79 anos	153 18,80%	109 11,07%	60 8,82%	89 16,57%	213 13,48%	
80 anos ou mais	171 21,01%	65 6,60%	64 9,41%	106 19,74%	342 21,65%	
Anos de estudo						
Anos de estudo -Analfabeto	253 31,55%	256 26,31%	161 24,03%	164 31,12%	528 34,24%	0,000
Anos de estudo - 1 a 4 anos	410 51,12%	528 54,27%	365 54,48%	266 50,47%	726 47,08%	
Anos de estudo - 5 a 8 anos	52 6,48%	71 7,30%	51 7,61%	50 9,49%	117 7,59%	
Anos de estudo - 9 a 11 anos	52 6,48%	68 6,99%	55 8,21%	30 5,69%	122 7,91%	
Anos de estudo - 12 ou mais	35 4,36%	50 5,14%	38 5,67%	17 3,23%	49 3,18%	
Renda domiciliar per capita						
Renda domiciliar per capita - primeiro quintil	50 6,14%	44 4,47%	33 4,85%	27 5,03%	126 7,97%	0,000
Renda domiciliar per capita - segundo quintil	5 0,61%	119 12,08%	78 11,47%	115 21,42%	321 20,32%	
Renda domiciliar per capita - terceiro quintil	17 2,09%	78 7,92%	187 27,50%	70 13,04%	404 25,57%	
Renda domiciliar per capita - quarto quintil	457 56,14%	458 46,50%	199 29,26%	177 32,96%	402 25,44%	
Renda domiciliar per capita - quinto quintil	285 35,01%	286 29,04%	183 26,91%	148 27,56%	327 20,70%	
Número de doenças crônicas						
Número de doenças crônicas - 0	120 14,74%	181 18,38%	122 17,94%	86 16,01%	283 17,91%	0,015
Número de doenças crônicas - 1	213 26,17%	310 31,47%	208 30,59%	138 25,70%	459 29,05%	
Número de doenças crônicas - 2	169 20,76%	214 21,73%	159 23,38%	135 25,14%	376 23,80%	
Número de doenças crônicas - 3 ou mais	312 38,33%	280 28,42%	191 28,09%	178 33,15%	462 29,24%	
Estado de saúde autoreportado						
Estado de saúde autoreportado - Muito Bom	53 6,51%	47 4,77%	36 5,29%	31 5,77%	71 4,49%	0,043
Estado de saúde autoreportado - Bom	303 37,22%	409 41,52%	291 42,79%	179 33,33%	623 39,43%	
Estado de saúde autoreportado - Regular	352 43,24%	401 40,71%	281 41,32%	261 48,60%	680 43,04%	
Estado de saúde autoreportado - Ruim	78 9,58%	104 10,56%	62 9,12%	54 10,06%	162 10,25%	
Estado de saúde autoreportado - Muito Ruim	28 3,44%	24 2,44%	10 1,47%	12 2,23%	44 2,78%	
Grau de dificuldade de acesso ao centro de saúde						
Sem dificuldade	781 95,95%	952 96,75%	652 96,02%	514 95,72%	2 96,70%	0,697
Com dificuldade	33 4,05%	32 3,25%	27 3,98%	23 4,28%	52 3,30%	
Situação Censitária						
Situação Censitária - Rural	85 10,44%	242 24,57%	123 18,09%	72 13,41%	206 13,04%	0,000
Situação Censitária - Urbano	729 89,56%	743 75,43%	557 81,91%	465 86,59%	1 86,96%	

Fonte: Elaboração Própria/ PAD 2011

Tabela 10: Distribuição dos idosos por sexo residentes em Minas Gerais de acordo com a visita do Agente Comunitário de Saúde, e as variáveis independentes de controle– 2011

Variáveis	Masculino			Feminino		
	Não Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	P-valor (chi2)	Não Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	P-valor (chi2)
Idade						
60-64 anos	431 29,66%	689 29,29%	0,539	510 28,59%	787 27,76%	0,861
65 a 69 anos	323 22,23%	580 24,66%		408 22,87%	687 24,23%	
70 a 74 anos	295 20,30%	459 19,52%		328 18,39%	524 18,48%	
75 a 79 anos	186 12,80%	290 12,33%		246 13,79%	379 13,37%	
80 anos ou mais	218 15,00%	334 14,20%		292 16,37%	458 16,16%	
Anos de estudo						
Anos de estudo -Analfabeto	325 22,62%	681 29,38%	0,000	463 26,44%	903 32,42%	0,000
Anos de estudo - 1 a 4 anos	750 52,19%	1 55,44%		856 48,89%	1 52,14%	
Anos de estudo - 5 a 8 anos	132 9,19%	192 8,28%		151 8,62%	195 7,00%	
Anos de estudo - 9 a 11 anos	137 9,53%	107 4,62%		183 10,45%	144 5,17%	
Anos de estudo - 12 ou mais	93 6,47%	53 2,29%		98 5,60%	91 3,27%	
Renda domiciliar per capita						
Renda domiciliar per capita - primeiro quintil	109 7,50%	183 7,78%	0,000	105 5,89%	175 6,17%	0,000
Renda domiciliar per capita - segundo quintil	168 11,56%	336 14,29%		223 12,50%	419 14,78%	
Renda domiciliar per capita - terceiro quintil	222 15,28%	435 18,49%		261 14,63%	497 17,53%	
Renda domiciliar per capita - quarto quintil	473 32,55%	855 36,35%		636 35,65%	1 37,74%	
Renda domiciliar per capita - quinto quintil	481 33,10%	543 23,09%		559 31,33%	674 23,77%	
Número de doenças crônicas						
Número de doenças crônicas -0	410 28,22%	613 26,06%	0,121	327 18,33%	467 16,47%	0,421
Número de doenças crônicas -1	447 30,76%	748 31,80%		525 29,43%	810 28,57%	
Número de doenças crônicas - 2	330 22,71%	489 20,79%		391 21,92%	668 23,56%	
Número de doenças crônicas - 3 ou mais	266 18,31%	502 21,35%		541 30,32%	890 31,40%	
Estado de saúde autoreportado						
Estado de saúde autoreportado - Muito Bom	144 9,91%	138 5,87%	0,000	121 6,78%	118 4,16%	0,000
Estado de saúde autoreportado - Bom	658 45,29%	981 41,71%		726 40,70%	1 38,34%	
Estado de saúde autoreportado - Regular	534 36,75%	1 42,56%		723 40,53%	1 44,55%	
Estado de saúde autoreportado - Ruim	98 6,74%	191 8,12%		167 9,36%	295 10,41%	
Estado de saúde autoreportado - Muito Ruim	19 1,31%	41 1,74%		47 2,63%	72 2,54%	
Grau de dificuldade de acesso ao centro de saúde						
Sem dificuldade	1 96,35%	2 97,06%	0,226	2 95,45%	3 96,97%	0,007
Com dificuldade	53 3,65%	69 2,94%		81 4,55%	86 3,03%	
Situação Censitária						
Situação Censitária - Rural	347 23,88%	483 20,54%	0,015	290 16,26%	441 15,56%	0,526
Situação Censitária - Urbano	1 76,12%	2 79,46%		1 83,74%	2 84,44%	

Fonte: Elaboração Própria/ PAD 2011

Tabela 11: Distribuição dos idosos por sexo residentes em Minas Gerais de acordo com a presença de plano de saúde, e as variáveis independentes de controle– 2011

Variáveis	Masculino			Feminino		
	Não tem plano de saúde	Tem plano de saúde	P-valor (chi2)	Não tem plano de saúde	Tem plano de saúde	P-valor (chi2)
Idade						
60-64 anos	862 29,70%	257 28,62%	0,971	974 28,66%	323 26,48%	0,013
65 a 69 anos	689 23,74%	214 23,83%		830 24,43%	265 21,72%	
70 a 74 anos	575 19,81%	178 19,82%		624 18,36%	228 18,69%	
75 a 79 anos	360 12,41%	115 12,81%		453 13,33%	172 14,10%	
80 anos ou mais	416 14,33%	134 14,92%		517 15,21%	232 19,02%	
Anos de estudo						
Anos de estudo -Analfabeto	935 32,59%	71 8,06%	0,000	1 36,55%	142 11,97%	0,000
Anos de estudo - 1 a 4 anos	2 55,49%	440 49,94%		2 51,72%	576 48,57%	
Anos de estudo - 5 a 8 anos	210 7,32%	114 12,94%		215 6,42%	130 10,96%	
Anos de estudo - 9 a 11 anos	100 3,49%	144 16,35%		135 4,03%	192 16,19%	
Anos de estudo - 12 ou mais	32 1,12%	112 12,71%		43 1,28%	146 12,31%	
Renda domiciliar per capita						
Renda domiciliar per capita - primeiro quintil	228 7,86%	62 6,90%	0,000	211 6,21%	69 5,66%	0,000
Renda domiciliar per capita - segundo quintil	440 15,16%	64 7,13%		560 16,48%	82 6,72%	
Renda domiciliar per capita - terceiro quintil	569 19,61%	88 9,80%		656 19,31%	102 8,36%	
Renda domiciliar per capita - quarto quintil	1 37,80%	230 25,61%		1 39,35%	368 30,16%	
Renda domiciliar per capita - quinto quintil	568 19,57%	454 50,56%		634 18,66%	599 49,10%	
Número de doenças crônicas						
Número de doenças crônicas - 0	820 28,26%	200 22,27%	0,020	558 16,42%	235 19,26%	0,079
Número de doenças crônicas - 1	876 30,19%	318 35,41%		997 29,34%	338 27,70%	
Número de doenças crônicas - 2	623 21,47%	195 21,71%		794 23,37%	265 21,72%	
Número de doenças crônicas - 3 ou mais	583 23,31%	185 20,57%		1.049 23,31%	382 20,57%	
Estado de saúde autoreportado						
Estado de saúde autoreportado - Muito Bom	182 6,27%	100 11,14%	0,000	127 3,74%	112 9,18%	0,000
Estado de saúde autoreportado - Bom	1 42,18%	410 45,66%		1 38,20%	514 42,13%	
Estado de saúde autoreportado - Regular	1 41,87%	320 35,63%		2 44,44%	476 39,02%	
Estado de saúde autoreportado - Ruim	232 7,99%	57 6,35%		374 11,01%	88 7,21%	
Estado de saúde autoreportado - Muito Ruim	49 1,69%	11 1,22%		89 2,62%	30 2,46%	
Grau de dificuldade de acesso ao centro de saúde						
Sem dificuldade	3 96,45%	879 97,88%	0,033	3 95,96%	1 97,54%	0,012
Com dificuldade	103 3,55%	19 2,12%		137 4,04%	30 2,46%	
Situação Censitária						
Situação Censitária - Rural	727 25,05%	102 11,36%	0,000	633 18,63%	98 8,03%	0,000
Situação Censitária - Urbano	2 74,95%	796 88,64%		3 81,37%	1 91,97%	

Fonte: Elaboração Própria/ PAD 2011

Ao se analisar as características sócio demográficas de cada sexo por tipo de arranjo, observa-se, a proporção de mulheres morando sozinhas é maior, como esperado, visto que essas apresentam uma maior expectativa de vida que os homens, e tendem a morar sozinhas ou morarem apenas com os filhos. Morar com o cônjuge e com os filhos, para ambos os sexos, é algo que ocorre nas idades mais jovens da velhice. Isso pode ser explicado pelo fato de que muitos filhos ainda não deixarem as casas dos pais, e ainda estão se estruturando para isso. Pode-se perceber que aparentemente se tem um processo ao passar da idade de morar com cônjuges e filhos, apenas com os cônjuges, sozinho, apenas com os filhos e, por fim, com outros tipos de arranjos, que pode ser inclusive incluindo cuidadores. A maioria dos idosos tem entre um e quatro anos de estudos, mas há um elevado número de analfabetos. O alto número de idosos analfabetos e com baixa escolaridade pode se dever ao fato de que à época dos estudos desses, havia poucos incentivos ao mesmo. Em relação a renda per capita domiciliar, há um reforço do apresentado anteriormente, de que provavelmente os filhos ainda estão morando com seus pais, visto que o movimento da renda per capita é muito similar ao da idade. Em relação à doenças crônicas tem-se que, independente do sexo, idosos que moram apenas com os filhos apresentam um maior número de doenças crônicas, enquanto que idosos que moram sozinhos, com cônjuges ou cônjuges e filhos apresentam menor número. Em relação ao estado de saúde, há um padrão similar ao apresentado para doenças crônicas, porém com diferenças entre homens e mulheres. Em relação à acessibilidade aos serviços de saúde, a diferença não se apresentou significativa, enquanto que a situação censitária do domicílio, apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os arranjos.

Ao se analisar as características sócio demográficas apresentadas de cada sexo por visita do ACS, observa-se que para idade e número de doenças crônicas não há diferenças estatisticamente significativas entre os idosos que receberam a visita e os que não receberam para ambos os sexos. Em relação a renda per capita domiciliar tem-se um percentual maior de visita do ACS a medida em que o idosos se encontra em quintis mais baixos, para ambos os sexos. Esse padrão também ocorre para os anos de estudos, quanto mais elevado os anos de estudo menor o percentual de visita do ACS. Essas duas análises demonstram que os ACS, como proxy do PSF, estão priorizando os idosos com maior vulnerabilidade social, conforme se determina na política do programa. Ao se analisar o comportamento do estado de saúde perante a visita do ACS, tem-se que a maioria das visitas dos ACS's ocorrem para os idosos que reportam pior estado de saúde do idosos. Para os idosos do sexo masculinos que residem na área rural, há uma diferença significativa estatisticamente na visita do ACS, em que idosos

a da área rural recebem mais a visita dos ACS se comparado com idosos da área urbana. Já para as mulheres, essa diferença significativa ocorre no grau de dificuldade de acesso a serviços de saúde, em que, mulheres com maior dificuldade recebem maior visita se comparado com mulheres com menor dificuldade.

Por fim, ao se analisar as características sócio demográficas apresentadas de cada sexo por presença de plano de saúde, observa-se que para a idade não há diferenças estatisticamente significativas, para os homens, enquanto que para mulheres há, apresentando aumento da cobertura de plano de saúde com o passar da idade. Em relação, a escolaridade e a renda têm-se que quanto mais elevado o grau de escolaridade maior o percentual de cobertura de plano de saúde, para ambos os sexos. Para a relação entre número de doenças crônicas tem-se que as mulheres buscam se prevenir das doenças crônicas mais do que os homens, visto a homogeneidade entre as mulheres. Isso provavelmente ocorre pelo fato de que elas necessitam dos serviços de saúde desde novas, diferentemente dos homens. No que tange o estado de saúde auto reportado, independente do sexo, tem-se aparentemente que aqueles que apresentaram cobertura de plano de saúde, acreditam que o fato de o ter, fazem com que tenham uma percepção melhor de sua saúde. O acesso aos serviços de saúde e o setor censitário apresentam diferenciação por cobertura de plano de saúde, uma vez que aqueles que tem maior dificuldade de acesso ou moram na área rural tem menores oportunidades de contar com cobertura de plano de saúde, uma vez que esses serviços se concentram na área urbana.

4.3 Modelo de regressão

Todas as análises dos dados foram realizadas no pacote estatístico STATA – Data Analysis and Statistical Software, versão 12. Para verificar a associação entre as variáveis independentes de interesse (os arranjos domiciliares dos idosos, o Programa Saúde Família e o plano de saúde) e a utilização de serviços preventivos de saúde (exames de glicose, colesterol, pressão arterial, exame de papanicolau, exame de mama e exame clínico de mama), controlados pelas condições demográficas, socioeconômicas e de saúde apresentados, foram utilizados modelos de regressão logística multivariada para cada tipo de serviço de saúde preventivo. Conforme já apontado, é necessário que se construa modelos para cada um dos sexos, visto que esses apresentam comportamento diferenciados para cada um dos exames. Ademais, é válido apontar que o presente trabalho pode apresentar erros de

mensuração, visto que o mesmo utiliza variáveis *proxy* que podem não captar todo o efeito das dimensões estudadas. Além disso, pode haver viés de simultaneidade, uma vez que as variáveis dependentes também podem afetar as variáveis explicativas. Assim, as análises que serão realizadas a seguir podem apresentar endogeneidade por erros de medida e/ou por viés de simultaneidade. Todas as estimativas foram calculadas usando o peso amostral apropriado na PAD.

4.4 Resultados

Os resultados serão apresentados em duas tabelas separadamente, na primeira serão apresentados os resultados dos exames que deveriam ser realizados por ambos os sexos (exame de colesterol, glicose e pressão arterial), considerando ambos os sexos e considerando cada um separadamente. A segunda tabela apresenta os exames que deveriam ser realizados apenas para as mulheres (exame de mamografia, clínico de mama e papanicolau). Para todos os resultados, a estimativa amostral dos erros-padrão dos coeficientes, robustos a heterocedasticidade dos valores apresentados se encontram entre parênteses. Os fatores que apresentam significância a 5% estão demarcados com (*), enquanto os que apresentam significância a 1% estão demarcados com (**). Primeiramente, serão apresentados os dados encontrados para os três primeiros exames para todos os idosos, e por sexo separadamente.

Tabela 12: Resultados dos modelos de regressão logística para análise do efeito do arranjo domiciliar e da visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) sobre a realização dos exames de colesterol, glicose e pressão arterial controlado pelas características elencadas, para todos os idosos, e por sexo, Minas Gerais, 2011

(continua)

Variáveis	Exame de Colesterol		
	Todos os idosos	Homens	Mulheres
Tem Plano de Saúde	1,74 (5,42)**	1,62 (3,39)**	1,82 (4,12)**
Visita do Agente Comunitário de Saúde	1,15 (1,92)*	1,22 (1,95)*	1,06 (0,60)
Idade	1,02 (3,43)**	1,02 (2,57)*	1,02 (2,15)*
Arranjo Domiciliar - Sozinho	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)
Arranjo Domiciliar - Conjuge Apenas	1,37 (2,95)**	1,61 (3,22)**	1,10 (0,60)
Arranjo Domiciliar - Conjuge + Filhos	1,20 (1,61)	1,42 (2,26)*	0,96 (0,26)
Arranjo Domiciliar -Filhos Apenas	1,16 (0,95)	0,98 (0,08)	1,09 (0,44)
Arranjo Domiciliar -Outros	1,40 (3,09)**	1,65 (3,12)**	1,18 (1,09)
Anos de estudo -Analfabeto	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)
Anos de estudo - 1 a 4 anos	1,20 (2,40)*	1,49 (3,63)**	0,98 (0,18)
Anos de estudo - 5 a 8 anos	1,42 (2,50)*	1,65 (2,55)*	1,26 (1,16)
Anos de estudo - 9 a 11 anos	2,56 (5,08)**	3,24 (4,38)**	2,05 (2,84)**
Anos de estudo - 12 ou mais	2,58 (3,68)**	4,06 (4,00)**	1,61 (1,28)
Renda domiciliar per capita - primeiro quintil	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)
Renda domiciliar per capita - segundo quintil	0,76 (1,71)	0,99 (0,05)	0,54 (2,41)*
Renda domiciliar per capita - terceiro quintil	0,89 (0,77)	1,06 (0,28)	0,68 (1,51)
Renda domiciliar per capita - quarto quintil	0,92 (0,57)	1,07 (0,34)	0,73 (1,32)
Renda domiciliar per capita - quinto quintil	1,18 (1,11)	1,43 (1,82)	0,93 (0,29)
Número de doenças crônicas	1,26 (7,99)**	1,30 (5,92)**	1,23 (5,43)**
Estado de saúde auto reportado	0,78 (3,27)**	0,67 (3,82)**	0,91 (0,89)
Grau de dificuldade de acesso ao centro de saúde	0,58 (3,17)**	0,65 (1,67)	0,52 (2,93)**
Situação Censitária - Urbano	1,38 (3,95)**	1,56 (4,07)**	1,12 (0,88)
Sexo	0,57 (7,87)**		
Observations	8.083	3.649	4.434

(continuação)

Variáveis	Exame de Glicose		
	Todos os idosos	Homens	Mulheres
Tem Plano de Saúde	0,17 (5,45)**	1,66 (3,54)**	1,79 (4,05)**
Visita do Agente Comunitário de Saúde	1,16 (2,06)*	1,24 (2,16)*	1,07 (0,62)
Idade	1,02 (3,19)**	1,02 (2,65)**	1,01 (1,75)
Arranjo Domiciliar - Sozinho	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)
Arranjo Domiciliar - Conjuge Apenas	1,31 (2,56)*	1,51 (2,77)**	1,08 (0,46)
Arranjo Domiciliar - Conjuge + Filhos	1,16 (1,31)	1,34 (1,86)	0,95 (0,30)
Arranjo Domiciliar - Filhos Apenas	1,16 (0,94)	1,00 0,00	1,10 (0,48)
Arranjo Domiciliar - Outros	1,35 (2,75)**	1,54 (2,65)**	1,18 (1,08)
Anos de estudo - Analfabeto	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)
Anos de estudo - 1 a 4 anos	1,22 (2,58)**	1,53 (3,85)**	0,99 (0,14)
Anos de estudo - 5 a 8 anos	1,42 (2,46)*	1,63 (2,48)*	1,28 (1,21)
Anos de estudo - 9 a 11 anos	2,70 (5,29)**	3,48 (4,63)**	2,11 (2,88)**
Anos de estudo - 12 ou mais	2,36 (3,41)**	3,85 (3,84)**	1,41 (0,98)
Renda domiciliar per capita - primeiro quintil	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)
Renda domiciliar per capita - segundo quintil	0,77 (1,65)	0,96 (0,21)	0,58 (2,14)*
Renda domiciliar per capita - terceiro quintil	0,95 (0,32)	1,08 (0,40)	0,78 (0,98)
Renda domiciliar per capita - quarto quintil	0,96 (0,26)	1,05 (0,28)	0,83 (0,80)
Renda domiciliar per capita - quinto quintil	1,20 (1,21)	1,39 (1,67)	1,02 (0,06)
Número de doenças crônicas	1,28 (8,41)**	1,33 (6,39)**	1,25 (5,56)**
Estado de saúde auto reportado	0,79 (3,21)**	0,70 (3,34)**	0,87 (1,26)
Grau de dificuldade de acesso ao centro de saúde	0,52 (3,85)**	0,58 (2,11)*	0,46 (3,47)**
Situação Censitária - Urbano	1,39 (3,96)**	1,55 (3,96)**	1,14 (1,01)
Sexo	0,58 (7,66)**		
Observations	8.082	3.646	4.436

(continuação)

Variáveis	Exame de Pressão Arterial		
	Todos os idosos	Homens	Mulheres
Tem Plano de Saúde	1,24 (1,37)	1,44 (1,62)	1,00 0,00
Visita do Agente Comunitário de Saúde	1,02 (0,15)	1,16 (0,91)	0,80 (1,14)
Idade	1,02 (2,93)**	1,03 (2,54)*	1,02 (1,52)
Arranjo Domiciliar - Sozinho	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)
Arranjo Domiciliar - Conjuge Apenas	1,16 (0,76)	1,25 (0,92)	0,92 (0,27)
Arranjo Domiciliar - Conjuge + Filhos	0,72 (1,68)	0,82 (0,82)	0,55 (1,92)
Arranjo Domiciliar -Filhos Apenas	0,78 (0,87)	0,69 (0,68)	0,74 (0,85)
Arranjo Domiciliar -Outros	1,05 (0,24)	1,01 (0,04)	1,02 (0,06)
Anos de estudo -Analfabeto	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)
Anos de estudo - 1 a 4 anos	1,14 (0,96)	1,34 (1,69)	0,90 (0,49)
Anos de estudo - 5 a 8 anos	1,21 (0,81)	1,36 (1,05)	1,05 (0,13)
Anos de estudo - 9 a 11 anos	3,29 (3,66)**	5,24 (3,96)**	1,82 (1,26)
Anos de estudo - 12 ou mais	3,89 (3,17)**	5,89 (3,16)**	2,18 (1,22)
Renda domiciliar per capita - primeiro quintil	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)
Renda domiciliar per capita - segundo quintil	1,41 (1,45)	1,83 (1,99)*	0,76 (0,72)
Renda domiciliar per capita - terceiro quintil	1,58 (1,94)	1,94 (2,25)*	0,94 (0,14)
Renda domiciliar per capita - quarto quintil	1,57 (2,17)*	2,08 (2,82)**	0,85 (0,46)
Renda domiciliar per capita - quinto quintil	1,66 (2,27)*	2,03 (2,53)*	1,05 (0,12)
Número de doenças crônicas	1,35 (5,17)**	1,43 (4,42)**	1,28 (2,85)**
Estado de saúde auto reportado	0,76 (2,07)*	0,62 (2,78)**	1,01 (0,04)
Grau de dificuldade de acesso ao centro de saúde	0,50 (3,02)**	0,46 (2,38)*	0,49 (2,13)*
Situação Censitária - Urbano	1,59 (3,51)**	1,62 (2,95)**	1,42 (1,53)
Sexo	0,52 (5,27)**		
Observations	8.167	3.688	4.479

Fonte: Elaboração Própria/ Dados da PAD 2011

Nota: Utilizou-se erros-padrão robustos a heterocedasticidade na regressão

Pelos dados apresentados pode-se perceber que para todos os exames há um diferencial entre os sexos. Os resultados encontrados corroboram os encontrados por Travassos et. al (2002) e Costa (2012), que analisaram a utilização de serviços de saúde no Brasil, apresentando que as mulheres frequentam mais os serviços de saúde preventivos,

principalmente os exames de rotina, enquanto os homens não apresentam essa preocupação. Verbrugge (1989) também encontrou esse mesmo resultado para os idosos no Estado Unidos, no que tangem a utilização de serviços preventivos.

Ao se analisar as variáveis de interesse do presente estudo, nota-se que a realização de exame de pressão arterial não está associado com a visita do Agente Comunitário de Saúde, com o tipo de arranjo domiciliar, e com o plano de saúde. Esse resultado já era esperado, visto que o percentual de idosos que realizam esse exame é muito elevado. Provavelmente esse resultado advém do fato de esse exame ser um exame simples, de fácil compreensão que pode ser realizado em casa ou em campanhas em espaços públicos para mensuração da pressão arterial.

Quando se analisa a associação da visita do ACS e do arranjo domiciliar com a realização dos exames de colesterol e glicose, os efeitos são significativos apenas para os homens. A realização desses exames preventivos pelas mulheres não foram significativos provavelmente pelo fato de essas já realizarem exames preventivos desde idades mais jovens, e pelo fato de se preocuparem mais com a própria saúde do que os homens. Entretanto, o efeito do plano de saúde é estatisticamente significativo. Esse resultado também já era esperado, visto que a maioria da população idosa não tem plano de saúde, e esse aumenta o acesso a serviços preventivos de saúde.

Os idosos homens que recebem a visita do ACS tem maior chance de realizar os exames de colesterol e glicose. Os idosos homens que recebem a visita do ACS apresentarem, em média, uma chance 1,22 vezes maior de ter realizado o exame de colesterol e 1,24 de ter realizado exame de glicose em Minas Gerais, no ano de 2011, comparado com idosos que não receberam a visita. Aqueles idosos que vivem com cônjuge ou com outro tipo de arranjo domiciliar não especificado – provavelmente com outros tipos de cuidadores, também tem maior chance de realizar esses exames. O primeiro grupo apresentou, em média, uma chance 1,61 vezes maior de ter realizado o exame de colesterol e 1,51 de ter realizado exame de glicose em Minas Gerais, no ano de 2011, e o segundo grupo 1,65 de ter realizado exame de colesterol e 1,54 de ter realizado exame de glicose vezes maior se comparados com idosos que moravam sozinhos. Para os idosos que moravam com cônjuge e filhos há uma chance 1,42 vezes maior de ter realizado o exame de colesterol em Minas Gerais, no ano de 2011, se

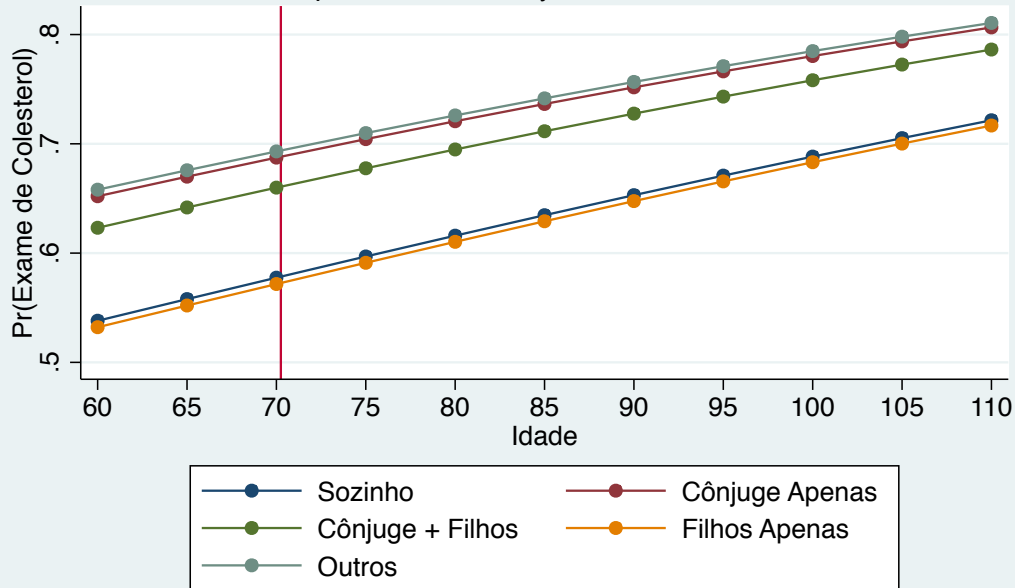
comparado com com idosos que moravam sozinhos; os diferenciais para exame de glicose não foram estatisticamente significativos.

Outro fator significativo na utilização de serviços preventivos de saúde, independente do sexo, é o número de doenças crônicas adquiridas: quanto maior a prevalência de doenças, maior a chance de realizar exames preventivos de saúde. Ao se analisar os sexos separadamente, se percebe que a idade, o setor censitário, o nível de escolaridade, o estado de saúde auto reportado são fatores diferenciais no que tange a realização de exames preventivos de saúde para os homens, enquanto que para as mulheres essas características têm pouco influência. Assim, idosos homens, mais velhos, residente da área urbana, com nível de escolaridade mais avançado e com saúde auto reportado pior são aqueles que mais utilizaram serviços preventivos de saúde.

De acordo com os gráficos a seguir percebe-se que para todos os exames e para todas as variáveis explicativas de interesse, à medida que há um avanço da idade dos idosos há um aumento da probabilidade de se realizar o exame, sendo que a influência das variáveis explicativas de interesse podem maximizar, manter ou minimizar a realização desses. Para os demais fatores foram levados em consideração os valores médios dos indivíduos da amostra.

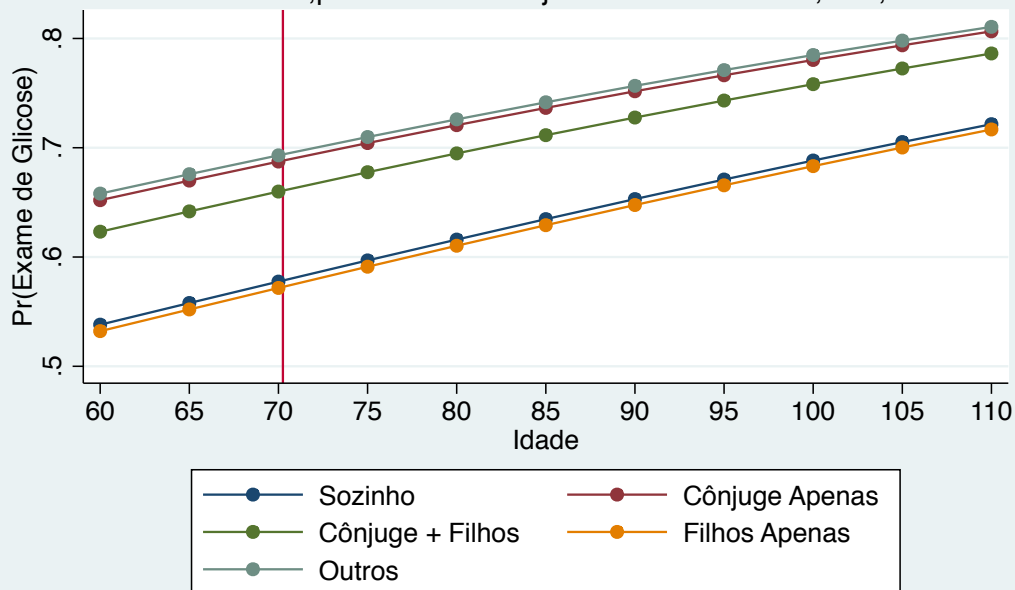
Em relação ao arranjo domiciliar percebe-se que a presença do cônjuge é essencial, enquanto que a presença dos filhos pouco altera influencia. A presença apenas dos filhos no arranjo domiciliar não aumenta em praticamente nada a probabilidade de se fazer esses dois exames preventivos, enquanto que a presença apenas do cônjuge ou a presença de outro tipo de arranjo não identificado aumenta a probabilidade de se realizar os exames, passando de pouco mais de 50% quando sozinho para mais de 65% quando esses arranjos. A presença dos filhos junto aos pais (idoso + cônjuge) reflete em uma diminuição da probabilidade de se realizar esses exames se comparado com a presença única do cônjuge. A partir da análise desses dados, percebe-se que a presença de outras pessoas no domicílio fazem com que os idosos utilizem mais os serviços preventivos apresentados. Entretanto, a presença apenas dos filhos pouco influência na realização desses exames se comprado com o idoso morando sozinho.

Gráfico 1: Prob. Predita de Fazer Exame de Colesterol
Para homens, por Idade e Arranjo Domiciliar - Idosos, MG, 2011



Fonte: PAD, 2011

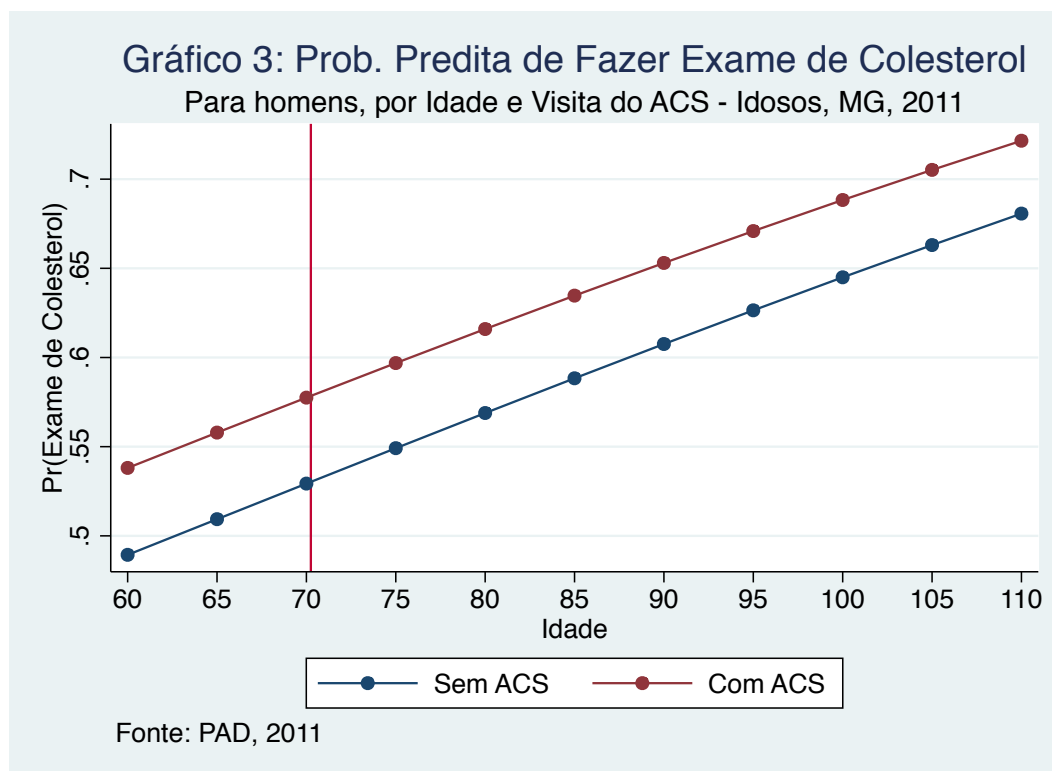
Gráfico 2: Prob. Predita de Fazer Exame de Glicose
Para homens, por Idade e Arranjo Domiciliar - Idosos, MG, 2011

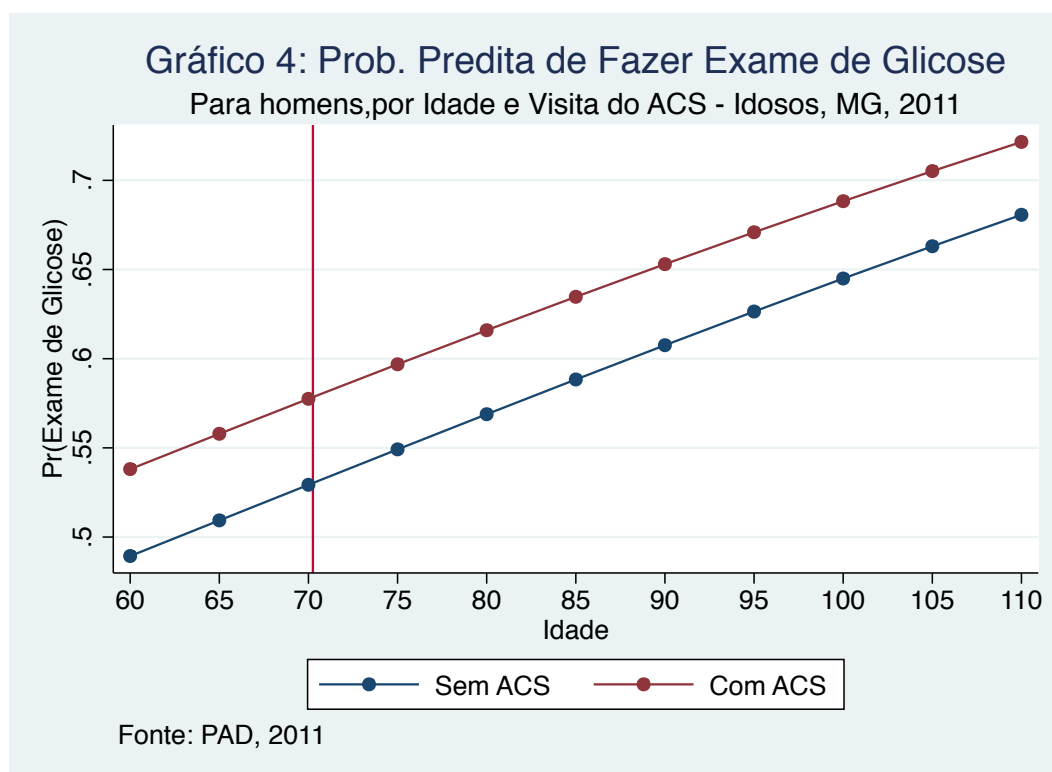


Fonte: PAD, 2011

A visita do ACS influencia de maneira positiva e estatisticamente significativa a utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos homens. Esses resultados também corroboram os estudos qualitativos de que o PSF contribui para a melhoria da saúde da

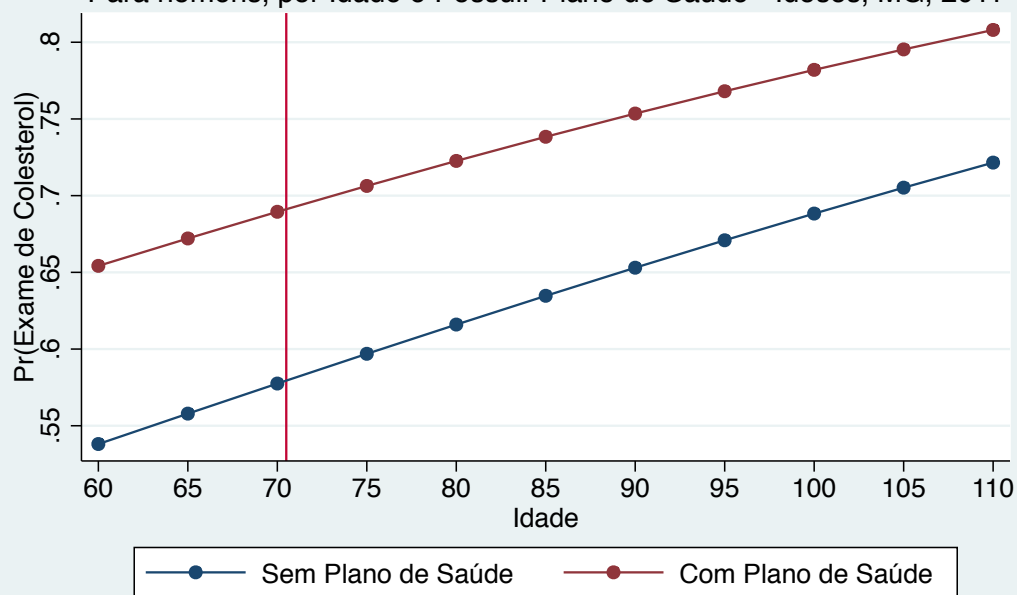
população idosa, que foram discutidos anteriormente. Além disso, pode-se considerar que a presença do cônjuge no domicílio aumenta a probabilidade do idoso do sexo masculino realizar os exames preventivos apresentados, enquanto que a presença dos filhos não importa, ou até mesmo minimiza a realização desses quando há o cônjuge. Esse resultado é consistente com os resultados encontrados por Costa (2012), que identifica que o cônjuge incentiva o seu parceiro a realizar os exames preventivos, enquanto que os filhos não se importam com esse tipo de cuidado preventivo, tendo maior atenção nos cuidados curativos.





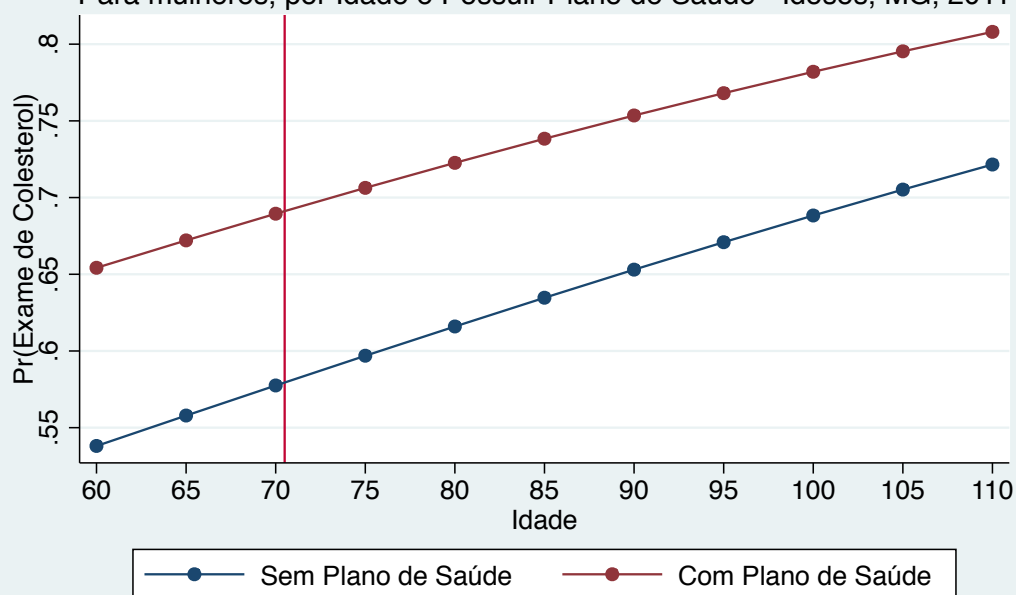
A presença do plano de saúde aumenta de maneira considerável a probabilidade predita de realizar qualquer um dos exames, conforme os gráficos apresentados abaixo, para ambos os sexos. O comportamento da curva para ambos os sexos é muito similar, tendo um aumento mais significativo nas idades mais jovens, com ganhos menores nas idades mais avançadas. A probabilidade predita de se realizar os exames preventivos elencados sem possuir plano de saúde é de cerca de 77%, enquanto a dos que utilizam é de pouco mais de 85%, o que representa um ganho significativo a presença do plano de saúde.

Gráfico 5: Prob. Predita de Fazer Exame de Colesterol
Para homens, por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011



Fonte: PAD, 2011

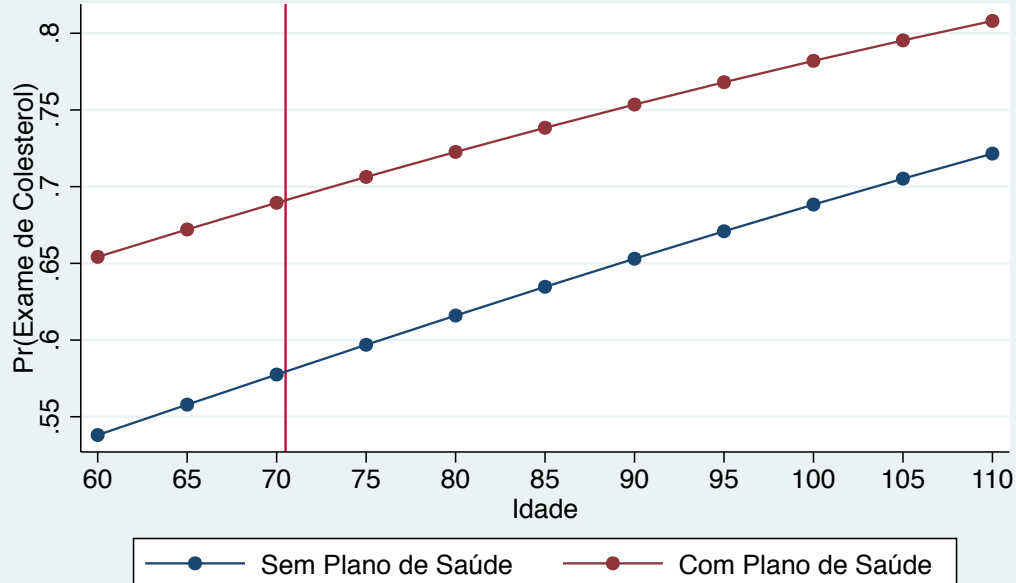
Gráfico 6: Prob. Predita de Fazer Exame de Colesterol
Para mulheres, por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011



Fonte: PAD, 2011

Gráfico 7: Prob. Predita de Fazer Exame de Glicose

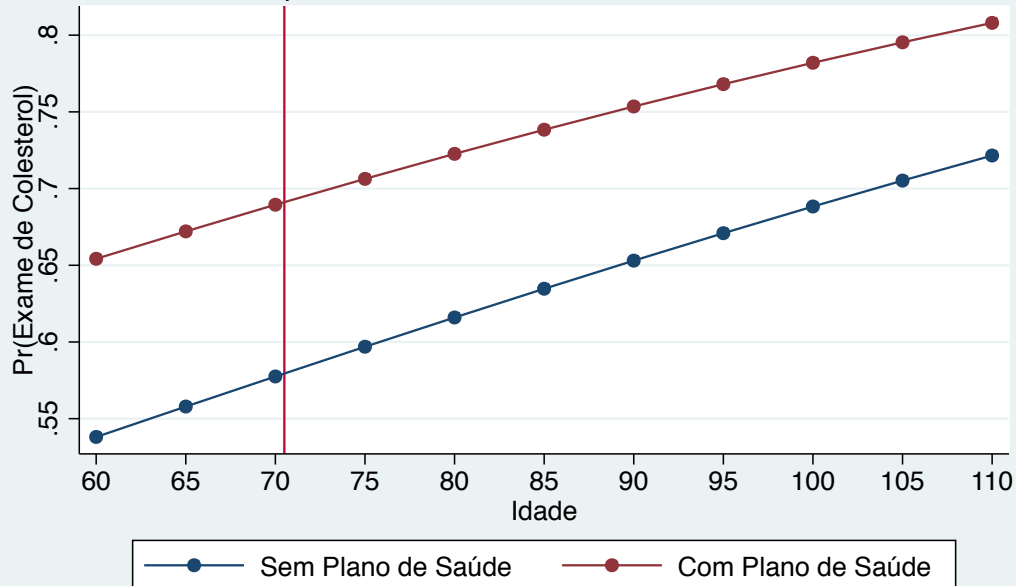
Para homens, por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011



Fonte: PAD, 2011

Gráfico 8: Prob. Predita de Fazer Exame de Glicose

Para mulheres, por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011



Fonte: PAD, 2011

Apresentados os resultados para os exames que devem ser realizados por ambos os sexo, realizou-se a análise dos exames preventivos que devem ser realizados apenas pelas

mulheres, a saber: exame de Papanicolau, clínico de mama e mamografia, conforme apresentado na tabela 14 adiante.

Tabela 13: Razões de chance estimadas para análise do efeito do arranjo domiciliar e da visita do agente comunitário de saúde sobre a realização dos exames de Papanicolau, clínico de mama e mamografia para as mulheres idosas, Minas Gerais, 2011

Variáveis	Clínico de Mama	Papanicolau	Mamografia
Tem Plano de Saúde	1,659 (5,09)**	1,381 (3,25)**	1,779 (5,76)**
Utiliza o PSF	1,149 (1,660)	1,063 (0,740)	1,215 (2,29)*
Idade	0,959 (7,48)**	0,956 (8,01)**	0,962 (6,66)**
Arranjo Domiciliar - Sozinho	1,000 -	1,000 -	1,000 -
Arranjo Domiciliar - Conjuge Apenas	1,280 (1,97)*	1,556 (3,49)**	1,303 (2,09)*
Arranjo Domiciliar - Conjuge + Filhos	1,210 (1,330)	1,144 (0,940)	1,218 (1,360)
Arranjo Domiciliar - Filhos Apenas	0,915 (0,580)	0,984 (0,110)	0,902 (0,660)
Arranjo Domiciliar - Outros	0,897 (0,880)	0,893 (0,910)	0,904 (0,800)
Anos de estudo - Analfabeto	1,000 -	1,000 -	1,000 -
Anos de estudo - 1 a 4 anos	1,316 (2,76)**	1,216 (2,00)*	1,518 (4,02)**
Anos de estudo - 5 a 8 anos	2,377 (5,22)**	1,942 (4,06)**	2,947 (6,48)**
Anos de estudo - 9 a 11 anos	2,468 (5,14)**	2,294 (4,68)**	2,956 (6,12)**
Anos de estudo - 12 ou mais	2,383 (3,84)**	2,069 (3,28)**	2,811 (4,53)**
Renda domiciliar per capita - primeiro quintil	1,000 -	1,000 -	1,000 -
Renda domiciliar per capita - segundo quintil	0,890 (0,580)	0,927 (0,380)	0,855 (0,760)
Renda domiciliar per capita - terceiro quintil	1,071 (0,350)	1,001 (0,010)	0,866 (0,710)
Renda domiciliar per capita - quarto quintil	1,065 (0,350)	1,027 (0,140)	1,051 (0,270)
Renda domiciliar per capita - quinto quintil	1,137 (0,690)	1,054 (0,280)	1,108 (0,540)
Número de doenças crônicas	0,984 (0,530)	0,966 (1,120)	0,976 (0,760)
Estado de saúde autoreportado	0,900 (1,140)	1,072 (0,760)	0,856 (1,630)
Grau de dificuldade de acesso ao centro de saúde	0,644 (1,97)*	0,648 (1,930)	0,656 (1,860)
Situação Censitária - Urbano	1,400 (2,79)**	1,325 (2,41)*	1,503 (3,17)**
Observations	4293	3649	4434

Fonte: Elaboração Própria/ Dados da PAD 2011

Nota: Utilizou-se erros-padrão robustos a heterocedasticidade na regressão

A análise das variáveis de interesse demonstra que a visita do ACS não está associada significativamente com a realização de exames clínico de mama e Papanicolau, embora esteja com a realização de exame de mamografia. As idosas que recebem a visita do ACS apresentam, em média, uma chance 1,22 vezes maior de ter realizado o exame de colesterol em Minas Gerais, no ano de 2011, comparado com idosas que não receberam a visita. O fato do exame clínico de mama não ter sido significativo pode ser porque esse é um exame que precisa da visita ao médico. Já o exame de papanicolau pode ser devido ao fato de que se esse se apresentar satisfatório por dois anos seguintes, ele pode não ser realizado anualmente, fazendo com que não necessidade de realizar o exame no ano da pesquisa.

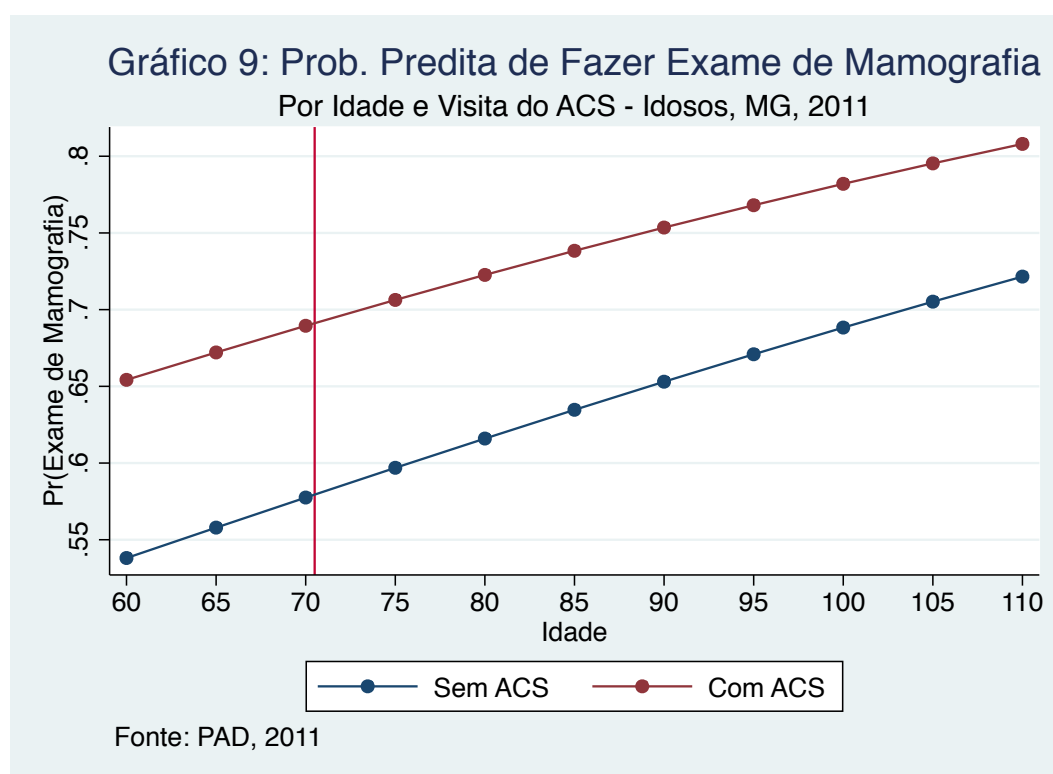
No que tange ao arranjo familiar, houve significância estatística apenas para presença do cônjuge no arranjo domiciliar. As idosas que recebem a visita do ACS e moram com os cônjuges apresentam, em média, uma chance 1,22 vezes maior de ter realizado o exame de colesterol e 1,28 de ter realizado exame clínico de mama, 1,56 exame de papanicolau e 1,30 exame de mamografia em Minas Gerais, no ano de 2011, se comparado com idosas que vivem sozinhas. Isso pode ser explicado pelo fato de que o companheiro incentiva a companheira a realizar esses exames. Outro fator que pode explicar esse resultado é o fato de que ao estimular o cônjuge a fazer seus exames, ela pode aproveitar para também realizar os seus exames clínicos e preventivos, explicando essa maior razão de chance..

Por fim, o plano de saúde novamente aparece como essencial. O comportamento da curva para ambos os sexos é muito similar, tendo um aumento mais significativo nas idades mais jovens, com ganhos menores nas idades mais avançadas. A influência do plano de saúde na probabilidade predita de se realizar os exames preventivos elencados sem possuir plano de saúde é de cerca de 77%, enquanto a dos que utilizam é de pouco mais de 85%, o que representa um ganho significativo a presença do plano de saúde.

Pode-se perceber que para esses exames recomendados para as mulheres idosas, os fatores de situação censitária e escolaridade influenciam na realização desses exames preventivos, fatores que nos exames para ambos os sexo não influenciavam. Isso demonstra que apesar de não ser essencial, as mulheres ainda buscam esses exames quando mais informadas e quando tem acesso aos aparatos necessários para esses. Outro aspecto relevante que deve ser ressaltado é a queda na chance de realizar os exames ao passar da idade. Esse

resultado já era esperado, visto que apesar de ser um exame recomendado, ele não é essencial na faixa etária que se está analisando.

É válido ressaltar que a medida que a idade avança, há uma menor chance de realização do exames, isso pode se dever ao fato de que como esse exame não é essencial para as idades mais avançadas, e que a chance de contrair câncer mais velho é menor, provocando tal fato. A visita do ACS influência de maneira positiva e estatisticamente significativa apenas realização de exame de mamografia, e mesmo assim, esse não apresenta uma diferença significativa.



Ao se analisar o arranjo familiar, a probabilidade de realização de todos os exames preventivos para câncer para as idosas, tem se que as que moram com os cônjuges é superior ao das idosas que moram sozinhas, elevando de menos de 50% para pouco mais desse valor. Entretanto, o comportamento é bem similar aos arranjos que tem além do cônjuge os filhos morando com as idosas.

Gráfico 10: Prob. Predita de Fazer Exame de Papanicolau
Por Idade e Arranjo Domiciliar - Idosos, MG, 2011

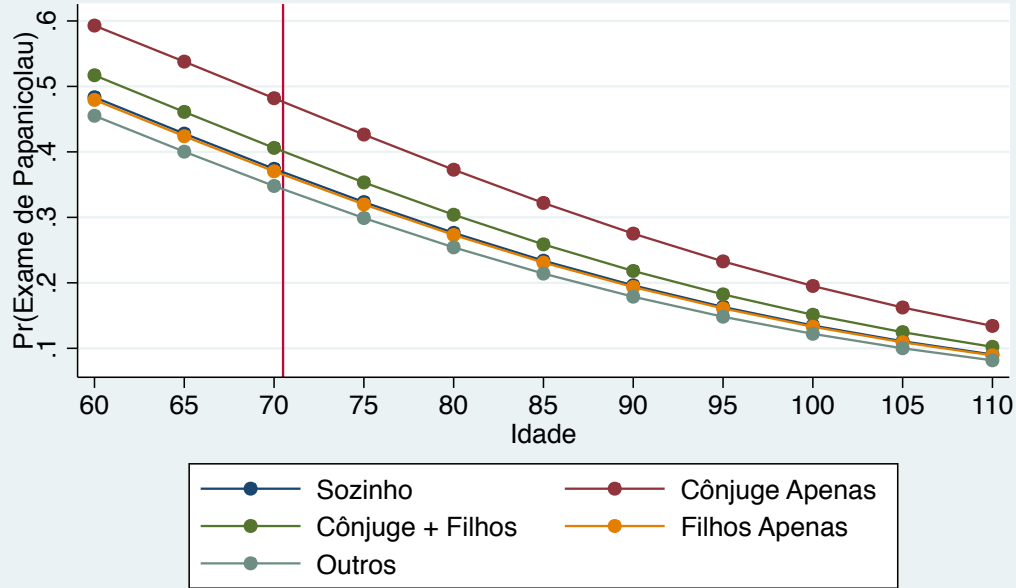


Gráfico 11: Prob. Predita de Fazer Exame de Mamografia
Por Idade e Arranjo Domiciliar - Idosos, MG, 2011

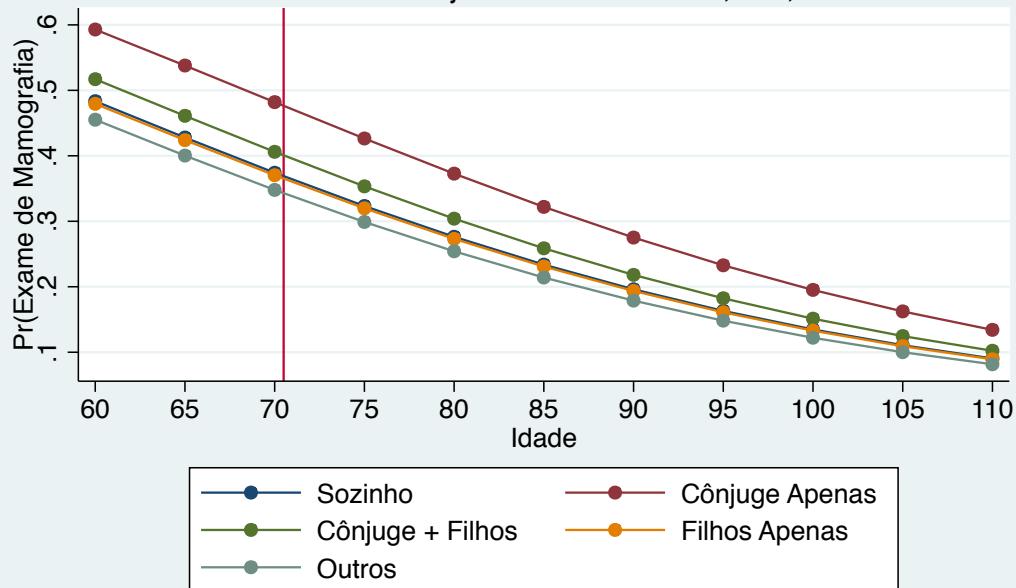
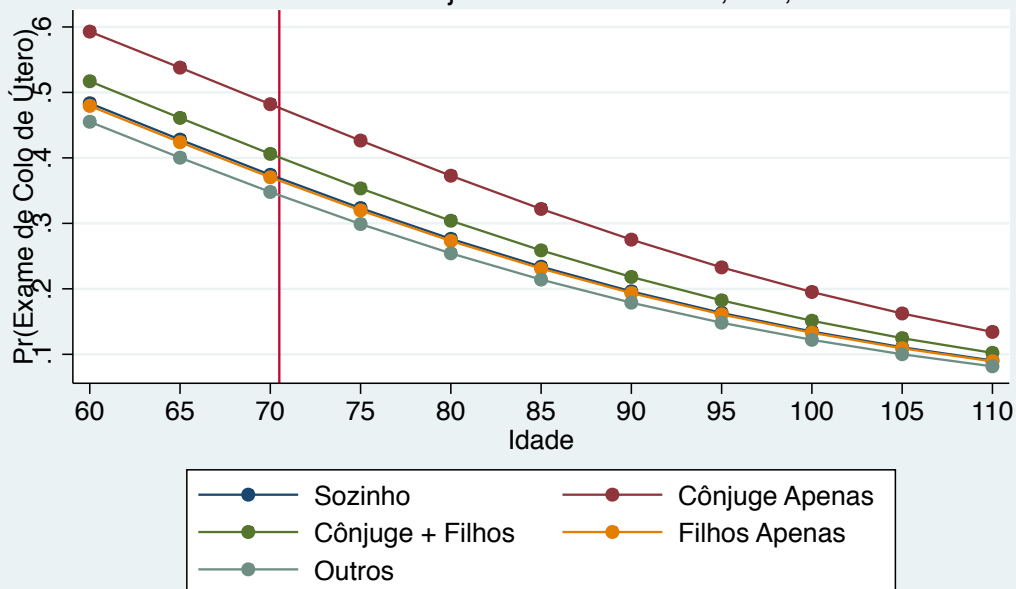


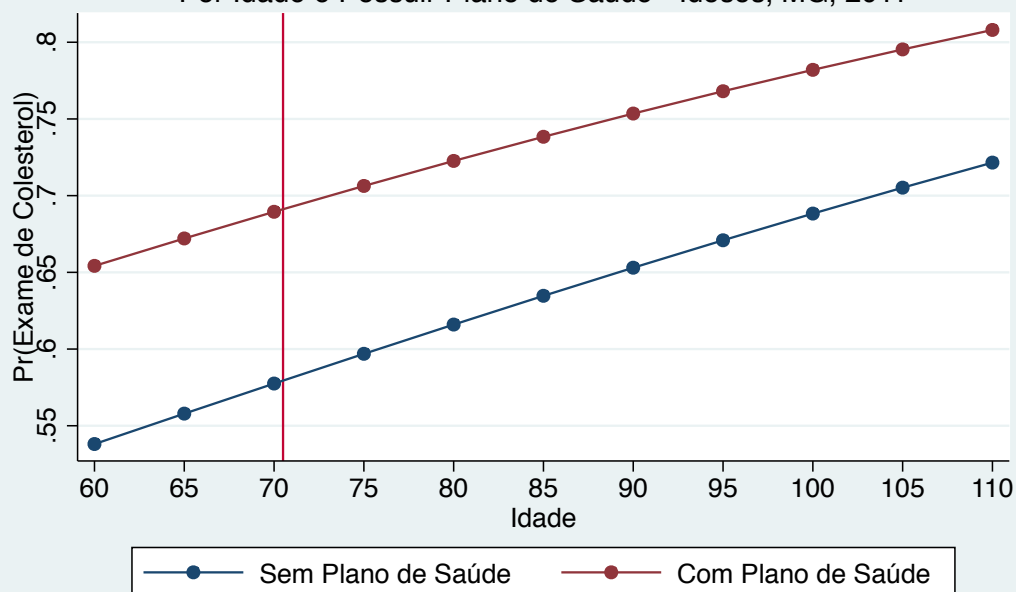
Gráfico 12: Prob. Predita de Fazer Exame de Clínico de Mam
Por Idade e Arranjo Domiciliar - Idosos, MG, 2011



Fonte: PAD, 2011

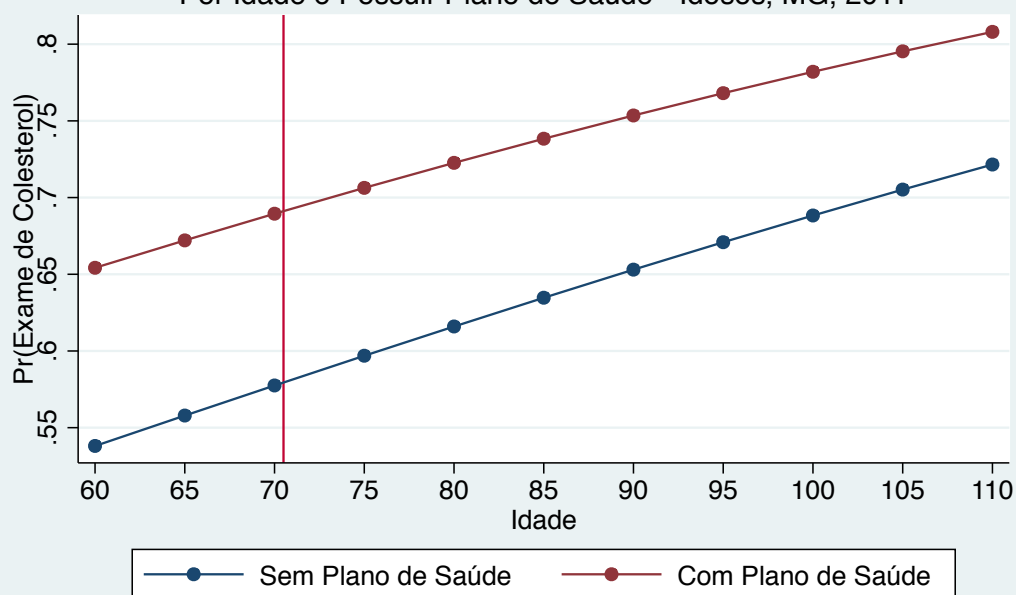
A presença do plano de saúde novamente é significativa na probabilidade predita se realizar qualquer um dos exames, conforme os gráficos apresentados abaixo. Assim, como nos demais exames, a influência do plano de saúde na probabilidade predita de se realizar os exames preventivos elencados sem possuir plano de saúde é de cerca de 77%, enquanto a dos que utilizam é de pouco mais de 85%, o que representa um ganho significativo a presença do plano de saúde.

Gráfico 13: Prob. Predita de Fazer Exame de Papanicolau
Por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011



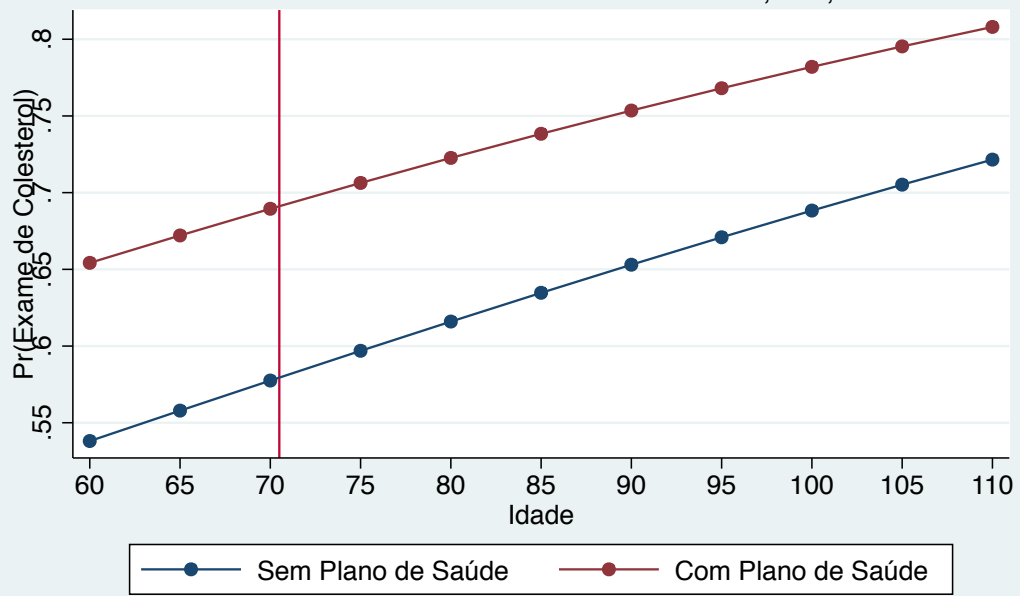
Fonte: PAD, 2011

Gráfico 14: Prob. Predita de Fazer Exame de Mamografia
Por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011



Fonte: PAD, 2011

Gráfico 15: Prob. Predita de Fazer Exame de Clínico de Mam
Por Idade e Possuir Plano de Saúde - Idosos, MG, 2011



Fonte: PAD, 2011

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar as associações entre o políticas públicas de saúde, o sistema de saúde complementar e a formação do arranjo domiciliar perante a utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos em Minas Gerais. Observou-se haver uma diferença entre homens e mulheres no que tange a associação de cada um desses fatores na utilização de serviços preventivos de saúde. Os homens idosos apresentam uma maior associação com esses fatores se comparado com as mulheres idosas. Para a associação com as políticas públicas e com a formação do arranjo domiciliar tem-se que essas são significantes na utilização de serviços preventivos para ambos os sexos, mas sendo relevante para as mulheres idosas apenas nos serviços relacionados à prevenção de doenças neoplasias, enquanto que o sistema de saúde complementar foi significativo para ambos os sexos em qualquer tipo de serviço de prevenção analisado.

O estudo sobre a utilização de serviços preventivos de saúde por essa parcela da população é cada vez mais necessário, visto que o Brasil vem passando por uma transição demográfica acelerada, ocasionadas pela queda da fecundidade e da mortalidade, ocasionando um aumento da parcela da população idosa no Brasil. Aliado a esse aumento, o Brasil também tem passado por uma mudança no seu perfil epidemiológico, com diminuição das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônico degenerativas, implicando uma elevação nos gastos em saúde por esse parcela da população. Esse maior gasto entre os idosos ocorre pelo fato de apresentarem uma saúde mais fragilizada e maior necessidade de procedimentos médicos quando comparado a outras faixas etárias, necessitando mais dos serviços de saúde, com internações hospitalares mais frequentes e longas. Devido a essa mudança de perfil é necessário que se incentive os idosos a utilizarem os serviços preventivos de saúde, visto que a partir desses pode-se evitar ou postergar o desenvolvimento de algumas dessas doenças crônico-degenerativas, bem como atenuar suas implicações.

A partir disso, o estudo buscou entender como ocorre a utilização de serviços preventivos de saúde entre os idosos. Primeiramente, buscou-se entender como ocorre a utilização de serviços de saúde, e observou-se que eles dependem do acesso, e que esse depende da demanda do usuário pelo serviços e da disponibilidade (oferta) do mesmo no sistema de saúde. Com o foco na utilização de serviços de saúde, a literatura sugere que esta depende: (1) da necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença); (2) das

características sócio demográficas e econômicas do usuário (idade, sexo, renda, educação); (3) do tipo de sistema de saúde (financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, legislação e regulamentação profissional e do sistema); e (4) da organização do sistema (recursos disponíveis, disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios, acesso geográfico e social).

Definidos os fatores de utilização do serviço de saúde, buscou-se discutir como ocorre a utilização dos serviços de saúde preventivos, demonstrando que a grande maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente às doenças transmissíveis como às não transmissíveis – pode ser evitada. A lógica da prevenção, portanto, é a de estabelecer o diagnóstico de uma doença o mais precoce possível, estando dirigida à pessoas que não apresentam sinais e sintomas de doença, buscando evita-la.

Por fim, a utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos está diretamente relacionada com os aumentos gastos em saúde por essa parcela da população, fazendo com que seja necessária uma mudança no foco dos cuidados de saúde, da medicina curativa para os cuidados preventivos, visando minimizar esses dos custos, principalmente os relativos ao sistema de saúde. A promoção do uso de serviços preventivos entre idosos, no entanto, ainda é um desafio, visto que na maioria das vezes só procuram o apoio médico quando há o aparecimento ou agravamento de alguma doença. Isso ocorre devido ao fato de que a utilização do serviço de saúde ainda apresenta uma grande relação com a necessidade do indivíduo de procurar assistência médica, e quando este está se sentindo em um bom estado de saúde, acredita que não necessita ir ao médico. Com isso, pode-se colocar que a utilização de serviços preventivos de saúde está fortemente atrelada por uma ausência demanda efetiva por parte da população idosa por esses serviços.

Dado esse cenário de escolha individual por parte dos idosos em buscar serviços de saúde preventivos, o papel do Estado, por meio de políticas públicas, do sistema de saúde suplementar, por meio de ações, e da família, por meio do arranjo domiciliar, são fundamentais para promover o uso de serviços preventivos de saúde por essa parte da população. Dessa maneira, buscou-se entender como cada um desses fatores (políticas públicas, ações do sistema de saúde suplementar e arranjo domiciliar) se associam a utilização de serviços preventivos de saúde por essa parcela da população.

As políticas públicas surgem como alternativas de minimização ou erradicação das desigualdades, objetivando modificar o cenário ao qual é aplicada. A Estratégia Saúde da Família foi de certa forma, uma evolução do Programa Agente Comunitário de Saúde instaurado primeiramente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil para prover serviços de saúde aos municípios rurais e periféricos, que depois se expandiram para o Programa Saúde da Família (PSF) e ganhou maior abrangência com a Estratégia. O PSF buscou romper a relação de comportamento passivo e baseado em ações pontuais que ocorria nos centros de saúde, passando a buscar o indivíduo em sua comunidade no que tange a oferta de serviços de atenção primária (onde estão incorporados as ações de saúde preventiva), ou seja, o programa visa romper com a falta de demanda por parte da população de serviços preventivos. Pelo fato de o PSF ser um programa de caráter universal, não há um atendimento especial à população idosa, mas se busca oferecer à essa parcela da população serviços de saúde com ênfase na funcionalidade, visando detectar a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. Nos estudos apresentados, demonstrou-se que o PSF é de suma importância, tanto da perspectiva dos médicos quanto dos usuários, sendo fundamental para a população idosa mais vulnerável socioeconomicamente e com a saúde mais debilitada. Assim, o PSF age de maneira a diminuir as desigualdades em saúde e no acesso aos serviços de saúde nesse parcela da população

No que tange a ação do serviço suplementar de saúde buscou-se analisar a maneira como os diversos planos de saúde, independente do modelo, interferiam na utilização de serviços de saúde preventivo pelos idosos. É válido ressaltar, que a parcela da população estudada só pode ter o valor de seus seguros de saúde reajustados devido aos custos do plano. Nos estudos analisados percebeu-se que as mulheres utilizavam e tinham maior cobertura dos que os homens, e que a cobertura varia de acordo com “U” entre as idades, ressaltando a migração de planos de saúde coletivos para individuais. Percebeu-se também que as seguradoras de saúde tem um foco da sua ação voltado mais para o modelo curativo, visto que estabelecer o diagnóstico de uma doença o mais precoce possível, estando dirigida à pessoas que não apresentam sinais e sintomas de doença, e que portanto, apenas gerariam maior custo para as seguradoras. Entretanto, isso tem mudado ao longo dos anos, devido a percepção por parte dos planos de saúde das alterações demográficas e epidemiológicas que o Brasil vem sofrendo, fazendo com que elas readaptam o modelo de saúde adotado. Percebe-se, portanto, que há uma coexistência de movimentos que buscam estratégias para criar alternativas a um modelo médico-assistencial com custos crescentes e efetividade limitada.

Em relação ao papel da família na utilização do serviço preventivo de saúde, buscou-se analisar o arranjo domiciliar que o idoso está inserido, e entender que família vai além do grau de parentesco entre os residentes de um mesmo domicílio. Pelos referencial apresentado, pode-se constatar que o apoio prestado pela família ao idoso tende a aumentar com a idade do parentesco mais velho, e variam de acordo com os diferentes estágios do processo de transição demográfica e epidemiológica, da organização e financiamento do sistema de saúde e em aspectos culturais que determinam, principalmente, a decisão entre a institucionalização e a manutenção do idoso no domicílio junto à família. Nesse sentido, o estudo do arranjo domiciliar é de suma importância para a determinação do bem estar das pessoas idosas, visto que as pessoas que com elas residem podem auxiliá-las em diversos aspectos.

Nos estudos elencados acerca do arranjo domiciliar, percebeu-se que os idosos do sexo masculino normalmente viviam com a cônjuge, enquanto que os idosos do sexo feminino residiam na maioria das vezes com filhos ou outros familiares, demonstrando a importância da família na prestação de apoio ao idoso. Dos motivos que fazem os idosos residirem com seus familiares, se destacam a dependência financeira e/ou físico dos mesmos e/ou rompimento de relações com o cônjuge, seja falecimento ou divórcio. No que tange a presença de domicílios unipessoais de idosos afeta mais as mulheres, visto que essas tem maior probabilidade de ficarem viúvas, e percebe-se que vem aumentando, principalmente devido a elevação dos níveis socioeconômicos dos idosos e questões culturais, como a valorização do individualismo. Nos domicílios que apresentam o casal de idosos, as mulheres tendem a ficar sobrecarregadas, principalmente na função de cuidadores de seu cônjuge. Por fim, a partir dos estudos, tem-se que mulheres utilizam mais serviços preventivos de saúde do que os homens, e a presença dessas tende a incentivar o cônjuge a utilizar esses.

Apresentado que a prevenção e a detecção precoce de agravos são o foco preferencial da saúde pública, mas que o acesso a serviços de diagnóstico e tratamento são frutos de uma escolha individual, e a necessidade da adoção de modelos e métodos de atenção, em conjunto com as associações possíveis entre os fatores de políticas públicas, sistema de saúde suplementar e arranjo domiciliar para a utilização de serviço preventivo de saúde, o presente trabalho buscou realizar uma análise desses três fatores sobre alguns exames preventivos para os idosos de Minas Gerais. Para isso utilizou-se dos dados disponíveis na Pesquisa de Amostra de Domicílios (PAD) 2011, observando o grau de realização dos exames de

colesterol, glicose, pressão arterial, mamografia, exame de mama e exame de papanicolau feito pelos idosos de acordo com a presença e ausência da visita do ACS, de cobertura de plano de saúde e do arranjo domiciliar. Os exames de mamografia, exame clínico de mama e exame de Papanicolau foram estimados apenas para a amostra de mulheres idosas.

Porém para que tal análise fosse realizada, percebeu-se que a população idosa não é um grupo homogêneo, e se considerou os demais fatores de utilização de acesso ao serviço de saúde apresentado, fazendo com que para a análise dos fatores apresentado acima tivessem que ser controlado pelas características: sexo, idade, escolaridade, renda, número de doenças crônicas, estado de saúde auto reportado, grau de dificuldade de acesso ao centro de saúde e setor censitário. Para a análise da associação entre os fatores anteriormente apresentados, controlados por esses nos exames colocados aplicou-se um modelo logístico binário múltiplo. Os resultados demonstraram que a presença do PSF, da cobertura do plano de saúde e do arranjo domiciliar influenciam a utilização de serviços preventivos de saúde.

Para os idosos residentes em Minas Gerais, não foi encontrado efeito das variáveis de interesse sobre a chance de realização do exame de pressão arterial. Para os demais exames, aqueles que possuíam plano de saúde tinham uma probabilidade significativamente maior de utilização dos outros dois exames. Esses resultados corroboram com os estudos já apresentados durante esse trabalho. A associação da visita do ACS e do arranjo domiciliar não foram estatisticamente significantes para as mulheres nesses dois exames. Esses resultados também corroboram com os estudos já apresentados durante esse trabalho. Para os homens idosos, o arranjo domiciliar foi estatisticamente significativo para dois tipos de arranjo - idosos residindo com o cônjuge e com o cônjuge e filho, com o primeiro apresentando maior probabilidade que o segundo, e ambos apresentando maior probabilidade do que os idosos que residiam sozinhos. Para homens idosos que receberam a visita do ACS há uma probabilidade significativamente maior de utilização dos outros dois exames preventivos se comparado com aqueles que não receberam. Além disso, se pode considerar que a presença do cônjuge no domicílio aumenta a probabilidade do idoso homem de realizar os exames preventivos apresentados, enquanto a presença dos filhos não importa, ou até mesmo minimiza a realização desses quando há o cônjuge. Esse resultado corrobora para o já encontrado por Costa (2012), que identifica que o cônjuge incentiva o seu parceiro a

realizar os exames preventivos, enquanto que os filhos não se importam com esse tipo de cuidado preventivo, tendo maior atenção nos cuidados curativos.

Para os exames exclusivos para as mulheres, os planos de saúde apresentam associação positiva significativa para todos os exames, o que reforça que as seguradoras de saúde tem buscado adotar ações que buscam prevenir doenças neoplasmas. No que se refere o arranjo domiciliar apenas para as idosas que co-residem com os cônjuges houve associação positiva significativa, refletindo um resultado que não apareceu nos exames anterior, de que possivelmente os homens influenciam as mulheres a realizar seus exames preventivos. Por fim, a visita do ACS foi positivamente significativa apenas para o exame mamografia, que é um exame que requer uma menor estrutura física para ser realizado, podendo ser realizado pelas equipes.

Por fim, o presente estudo buscou complementar os trabalhos que tratam sobre a associação entre o sistema de saúde suplementar, as políticas públicas de saúde e a formação do arranjo domiciliar em relação à utilização dos serviços preventivos de saúde. Enquanto os trabalhos apresentados durante a dissertação analisaram a associação desses fatores separadamente, o presente trabalho o fez em conjunto, possibilitando identificar que cada um desses agente tem uma parcela na promoção da utilização de serviços preventivos por parte dos idosos. Entretanto, o trabalho não conseguiu captar qual é a parcela de cada um desses fatores, e nem qual a influência de cada um deles na utilização de serviços preventivos de saúde. Ainda se percebe uma falta de variáveis suficientes para se analisar a utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos em pesquisa com periodicidade mais frequente, visto que a realização dos exames selecionados para esse trabalho é apenas uma parte da política de prevenção de doenças. Assim, o presente trabalho deixa para discussão duas agendas de pesquisa: a mensuração da influência de cada um desses fatores na utilização de serviços preventivos de saúde, e na discussão de mensuração e coleta de dados da melhor *proxy* da utilização de serviços preventivos de saúde para essa parcela da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Dec. 2004.

ALMEIDA, E. F.; CRUZ, M. G.; CABALLERO, C. G. P. Pesquisaje clínico de trastornos mentales y del comportamiento en la población geriátrica del GBT-2 del Policlínico Milanes. *Revista Médica Eletrônica*. v. 25, n.2, mar./abr. 2003.

AMARAL, A. C. S.; COELI, C. M.; COSTA, M. C. E.; CARDOSO, V. S.; TOLEDO, A. L. A.; FERNANDES, C. R. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Caderno de Saúde Pública*, v. 20, p. 1617-1626, 2004.

ANDERSEN, R. Health status indices and access to medical care. *American Journal of Health*, v.68, n.5, p.458- 463, May 1978.

ANDERSEN, R M 1995.Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Health and Social B* 36(1):1-10.

ANDREAZZI, M. F. S. Formas de remuneração de serviços de saúde. Brasília: IPEA, 2003. 32p. (Texto para discussão;1006)

ANDRADE, M.V. et al. Desigualdade Socioeconômica no Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil: um Estudo Comparativo entre as Regiões Brasileiras em 1998 e 2008. REAP, Rede de Economia Aplicada, 2013.

ANS. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro : ANS, 2006.

ANS. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 1. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2007.

AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de doutoramento, Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975

- ASSIS, M. M. A, VILLA T. C. S, Nascimento, MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cienc Saúde Coletiva* 2003; 8: 815-23.
- AYENDEZ, M.S. El apoyo social informal. In: Elías Anzola-Peréz et al. (Org.). *La Atención de los Ancianos: un desafío para los anos noventa*. Washington (D.C): OPS, 1994. p. 360-368.
- BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.
- BEAGLEHOLE, R; Bonita, R; KJELLSTRON, T. *Epidemiologia Básica*. São Paulo: Santos Livrara Editora e Organização Mundial da Saúde, 1996. p. 88-93.
- BERENSTEIN, Cláudia Koeppel; NASCIMENTO, Roberto; MACHADO, Carla Jorge. Viver e morrer: o que explica o aumento dos gastos com saúde no Brasil. In: II CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO - ALAP, setembro de 2008, Córdoba, Argentina.
- BERENSTEIN, C.K.; WAJNMAN, S. Efeitos da Estrutura Etária nos gastos com internação na saúde pública: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(10):2301- 2313, 2008.
- BERNADELLI, J. A. Saúde não tem preço mas custa caro, principalmente na velhice..
- BIPARTISAN bill introduced to expand mental health services for seniors. *Mental Health Weekly*, v.14, p.1-3, 2004.
- BIRREN J.E., SCHROOTS J.J.E. History, concepts, and theory in the psychology of aging. In: Birren, J.E.; Scaie, K.W. (eds.), *Handbook of the psychology of aging*. 4th ed. New York: Academic Press, 1996, p.3-23.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Datasus.
- BRASIL. Decreto n. 1.948, de 3 julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1996.

BRASIL. Lei no 10741 de 1o de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Diário Oficial [da] União.

BRASIL. Lei no 9656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência saúde.. Diário Oficial [da] União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [legislação na Internet]. Brasília; 2006.

BRASIL. Política Nacional do Idoso, Portaria no 1.395, de 09 de dezembro de 1.999. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999. Seção 1, p. 20-24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2005/2006. 2 ed. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. nº 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, Secr. de Políticas de Saúde, Depart. de Atenção Básica, 2006. (Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, n. 19)

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. Brasília: 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Caderno de Atenção Básica. 192p.

BRUCE, R.; TROEN, M. D. The Biology of Aging, The Mount Sinai Journal of Medicine, v. 70, n. 3, p. 03-22, jan. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Portaria no 2.528 de 19 de outubro de 2006.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 733-781, 2003.

CALDWELL. John C., Demographic Theory: A Long View, Population and Development Review. Vol. 30, Nº. 2 , Jun., pp. 297-316, 2004.

CALDWELL. John C. Three Fertility Compromises and Two Transitions. Population Research and Policy Review August, Vol. 27, Nº 4, pp 427-446, 2008.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia (org). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosas do estado de Minas Gerais, 2003.

CAMARGOS, M.C.S.; RODRIGUES, R.N. Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu- MG, 2008.

CAMARGOS, M.; MACHADO, C, J; NASCIMENTO, R, N; AILVES, L,C. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos: 2000. Revista Brasileira de Estudos Populacionais. São Paulo, v. 24, n. 1, p.37-51, jun. 2007.

- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno de Saúde Pública*. v. 19, p. 773-781, 2003.
- CAMPOS, Nelson O. B. Os determinantes das condições de saúde dos idosos do município de São Paulo em uma perspectiva de ciclo de vida. 2009. 99 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- CANINEU, P. R.; SILVA, M. C.; DAMASCENO, B. P. Uma introdução ao estudo da demência em hospitais psiquiátricos. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (orgs.); CACHIONI, M (colab.). *Velhice bem-sucedida - aspectos afetivos e cognitivos*. 1. ed. Campinas, SP: Papirus Editora, 2004. p. 163-184.
- CARNEIRO et al. Envelhecimento populacional e os desafios para o Sistema de Saúde brasileiro. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS. São Paulo, 2013.
- CARPILHEIRA, M. F. Santos, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública*, 40(3):436-43, 2006.
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, jun. 2003.
- CASTRO, M. S. M. Utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso. 2004. 101p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 2004.
- CESCHINI, M. Porque assistência domiciliar. In: DIAS, E. L. F.; WANDERLEY, J. S.; MENDES R.T. (Orgs). *Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar*. Campinas: UNICAMP, 2002. p.11-16.
- COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, p. 666-71, 2000.

CORRÊA, C. S. Famílias e cuidado dedicado ao idoso: Como o tamanho e a estrutura da rede de apoio influenciam o tempo individual dedicado à atenção ao idoso. 2010. 135f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

COSTA, Roberta S. M. . Arranjos domiciliares e a utilização de serviços de saúde dos idosos brasileiros. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional: Faculdade de Ciências Econômicas, UFMG. 2012.

COSTA, Maria Fernanda B Neves Alonso ; CIOSAK, S. I. . A atenção integral na saúde do idoso no programa saúde da família: visão dos profissionais de saúde. In: 2º Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem, 2011, São Paulo - SP. Anais do 2º Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem, 2011.

COSTA, J. S. D; FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. Rev Saúde Pública 31(4):360-9, 1997.

COSTA, Dina Czeresnia; FREITAS, Carlos Machado de. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COSTA, Elisa Franco de Assis; PORTO, Celmo Celeno; SOARES, Aline Thomaz. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de Geriatria e Gerontologia. Revista da UFMG. Órgão de divulgação da Universidade Federal de Goiás – Ano V, nº 02, dezembro de 2003.

COSTA N.R.; RIBEIRO, J.M.; SILVA P.L.B.; MELO, M.aC. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. In: RAP – Revista de Administração Pública vol 35 (2) 193 – 228, 2001

DE VOS & HOLDEN, K. Measures Comparing Living Arrangements of the elderly: An Assessment. Population and Development Review.v.14,n.4, p.689-704. 1988.

DOMINGUES, M.A. Mapa mínimo de relações: instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso. 2004. 126 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

- DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press, 1973.
- DOWD, J. Exchange rates and old people. *J Gerontol.*, v. 35, n. 4, p. 596-602, July, 1980.
- DUARTE, YAO. Família-rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. 196 f. Folhas. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.
- DUARTE, Y,A,O. Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe. 2005. 205 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ESPING-ANDERSEN, Gøsta. As Três Economias Políticas do Welfare State. In.; *Revista Lua Nova*, No.24, 1991, pp.85-116.
- FAGNANI, E. (1997) Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92 In.: *Economia e Sociedade*, (8): 183-238
- FARIA, Carlos. A. (1998) Uma genealogia das teorias e modelos do Estado de Bem Estar Social. In.: *Boletim Bibliográfico de Ciências Sociais* No 46 pp. 39- 71
- FARIAS, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciênc Saúde Coletiva*, 6:405-16, 2001.
- FERNANDES LCL, 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.
- FERNANDES, M.G. M; RAMALHO. R. R. L. . O Cuidado com o Idoso no Programa Saúde da Família. 2006. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. São Paulo, v. 10, n. 3.
- FERNANDES, M. G. M. . A importância da ocupação do tempo livre para o envelhecimento saudável. In: *Encontro integrador de docentes aposentados*, 2005, João Pessoa. Uma atividade integradora, numa perspectiva numa perspectiva artístico-cultural de saúde e lazer, 2005. p. 20-26.

- FINCH, C. E.; SCHNEIDER, E. L. Envelhecimento e medicina geriátrica. In: BENETT, J. C; PLUM, F. Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 15-29.
- FLORIN, D.; BASHAM, S. Evaluation of health promotion in clinical settings In: Thorogood, M. e Coombes, Y. (edts.) Evaluating Health Promotion: practice and methods, New York, Oxford University Press, 2000
- FOGEL, R. W., ; D. L. COSTA. A theory of technophysio evolution, with some implications for forecasting population, health care costs, and pension costs. *Demography* 34(1): 49-66, 1997
- FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R. C.; LATTORRE, M. R. D. O. Tendência da mortalidade por doenças respiratórias em idosos do Estado de São Paulo, 1980 a 1998. *Revista de Saúde Pública*, vol. 37, p. 191-196, 2003.
- FREIRE, S. A. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Orgs) E por falar em boa velhice. Campinas: Papyrus, 2000. p. 21-32.
- FREITAS, Maria Raquel Lino de. Desenvolvimento e Políticas Sociais no Brasil Considerações sobre as Tendências de Universalização e de Focalização. In.: 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. 2005. .
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Pesquisa de Amostra de Domicílios (base de dados), 2011.
- GAMA, A. N. Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde. Dissertação apresentada ao Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
- GIRARDI, Sábado Nicolau; et al. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo Exploratório no Âmbito da Atenção primária. Belo Horizonte: UFMG. 2010
- GOLDBAUM, M; GIANINI, R J; NOVAES, H M D; CESAR, C L G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.39, n.1. pp 90-99

GONZAGA, M. (2012) Uma proposta metodológica para estimar o padrão etário das transições de incapacidade e tendências na expectativa de vida ativa dos idosos: um estudo para o Brasil entre 1998 e 2008. Tese de Doutorado em Demografia, UFMG.

GORDILHO, A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

GREEN, C. A. POPE, C. R. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine* 48:1363-1372, 1999.

HORIUCHI, S. (1999). Epidemiological transitions in developed countries: past, present and future. In: UNITED NATIONS. Health and mortality issues of global concern. Proceedings of the Symposium on Health and Mortality. Chap. 2: 54-71. Brussels, 19-22 November. New York: United Nations.

HULKA BS ; WHEAT JR 1985. Patterns of utilization: the patient perspective. *New England Journal of Medicine* 23(5):438-460.1985

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Indicadores Sócio-demográficos e de Saúde no Brasil, Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 25. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

JACCOUD, Luciana (org) Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo Brasília – DF, IPEA, 2005. Cap 5

KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. Família brasileira, a base de tudo. São Paulo: CORTEZ; Brasília, DF: UNICEF, 2005.

KARSCH, U.M.S. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 861-866, 2003.

KENAN, Regina H. “The At-Risk Health Status and Technology: A Diagnostic Invitation and the Gift of Knowing,” *Social Science and Medicine* 42, no.11 (1996), 1545.

LAKS, J. O que há de tão especial em ter 65 anos? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 44, p. 341-343, 1995.

- LAST, J. The iceberg: completing the clinical picture in general practice. *Lancet*, v.2, p. 28-31, 1963.
- LEAVELL, S. ; CLARCK, E.G. (1976). *Medicina Preventiva*. SP: McGraw-Hill. LUPTON, D. (1995) *The Imperative of Health. Public Health and the regulated body*, London, Sage.
- LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento– O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan - Americana da Saúde, 2003.
- LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde e bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.8, n.2, p. 127-41, 2005.
- LEITE, M. T. Cuidado do idoso hospitalizado: a experiência do familiar. 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- LEVCOVITZ, Eduardo; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; UCHÔA, Severina Alice da Costa; NESPOLI, Grasielle; MARIANI, Mônica. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). Brasília (DF): OPAS; 2003. p. 74. Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, vol.2.
- LIMA, C. A. M.; CAMUS, V. A psiquiatria da pessoa idosa: ao encontro de uma identidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 45, p. 389-392, 1996.
- LIMA-COSTA, M. F; MATOS, D. L; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):941-950, 2006.
- LIMA-COSTA M. F. A Saúde dos Adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE-FIOCRUZ/UFMG), 2004. 132 p.

LIMA-COSTA, M. F. F. et al. The Bambuí health and aging study (bhas): private health plan and medical care utilization by older adults *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(1):177-186, jan-fev, 2002.

LIMA-COSTA, M. VERAS, R. P. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, jun. 2003, vol.19, no.3, p.700-701.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V; FIRMO, J. O. A; UCHOA, E. Validade do diabetes auto-referido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública* v.41 n.6 São Paulo dez. 2007

LLOYD-SHERLOCK, Peter. Ageing, Development and Social Protection: Generalizations, Myths and Stereotypes. In: LLOYD-SHERLOCK, Peter (org). *Living Longer: ageing, development and social protection*. London/Nova York: United Nations Research Institute for Social Development/ Zed Books, 2004.

LUPTON, D. (1995) *The Imperative of Health. Public Health and the regulated body*, London, Sage.

MARCUS AC ; SIEGEL JM. Sex differences in the use of physicians services: a preliminary test of the fixed role hypotheses. *Journal of Health and Social Behaviour* 23 (September):186-197.

MARTIN, L. The status of South Asia's growing elderly population. *J Cross-Cultural Gerontol*, v. 5, n. 2, p. 93-117, 1990.

MEIRELES, Viviani Camboin et al . Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saude soc.*, São Paulo , v. 16, n. 1, Apr. 2007 .

MENDES JÚNIOR, W. V. Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil? 2000. 97 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MENDONZA-Sassi, R. ; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revision sistematica sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):819-832, jul-ago, 2001.

MENDOZA-SASSI R ; BÉRIA JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. Cad. Saúde Pública, 19: 1257-1266, 2003.

MIOTO, Célia Regina Tamaso. Cuidados sociais dirigidos á família e segmentos sociais vulneráveis. In: Capacitação em serviço social e política social; módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais -Brasília: UNB, Centro de educação Aberta, Continuada a distância, 2000.

MOREIRA, M. M. Envelhecimento da população brasileira. 1997. 149 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

NICHOLS, E. (1998) “La necesidad de contar com normas” In: Organización Panamericana de la Salud Prevención Clínica: guia para médicos. Washington, D.C.: OPS Publicação científica n n. 568. 37 – 54.

NUNES, M.O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p.1639-1646 , 2002.

NUNES, André. O Envelhecimento Populacional e as Despesas do Sistema Único de Saúde In: CAMARANO, Ana Amélia (org). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

OJANUGA, Dn ; GILBERT, C 1992. Women’s access to health care in developing countries. Social Science and Medicine 35(4):613-617.1992

OLIVEIRA, Alessandra Coelho. Ensaio Sobre Atenção Pública à Saúde em Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional: Faculdade de Ciências Econômicas, UFMG. 2007.

- OMRAN, A. R.. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4): 509-538. 1971
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena: 1982.
- PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO, M. Netto. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p.313-323.
- PALLONI, A.; PINTO-AGUIRRE, G. (2011). Adult Mortality in Latin America and the Caribbean. In: ROGERS, R.; CRIMMS, E. (eds). *International Handbook of Adult Mortality*, Springer Science+Business Media B.V. 2011
- PAPALEO NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALEO NETTO, M. (org) *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 3-12.
- PARMENTER, T. R. “The use of quality of life as a construct for social and health policy development” in: *Quality of life in health promotion and rehabilitation*, org. Rebecca Renwick, Ivan Brown e Mark Nagler, London: SAGE Publications, 1996, 89 - 103.
- PARSLOW, R; Jorm, A; CHRISTENSEN, H; JACOMB, P; RODGERS, B. GENDER differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middleaged and older australians. *Soc Sci Med*, 59(10):2121-9, 2004.
- PAVAN, Fábio. et al. – Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 24:9, p. 2187-2190. 2008
- PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L.; AFRADIQUE, M. E.; LIMA-COSTA, M. F. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 13, p. 239-246, 2004.
- PETERSEN, A. (1997) “Risk, governance and the new public health”. In: Foucault, *Health and Medicine*, Alan Petersen and Robin Bunton (edits.), London and New York: Routledge.
- PHILLIPS, K. A. et al. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research*, v.33, n.3, p.571-596, 1998.

PINHEIRO, R. S. TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões a cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(3):487-496, jul-set, 1999.

POLIGANO, Marcus Vinícius. História das Políticas Públicas no Brasil: Uma pequena revisão. 2001. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>

PORTO ALEGRE. Saúde. Serviços de Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Saúde da Família: Avanços e Retrocessos. 2008.

PUENTES-MARKIDES, C 1992. Women and access to health care. *Social Science and Medicine* 35(4): 619-626.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: Uma questão de saúde pública. *Gerontologia*. v. 1, p. 3-8, 1993.

RAMOS, L. R.; PERRACINI, M.; ROSA, T. E. & KALACHE, A. . Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 8:313-323, 1994.

RAMOS, L. R. et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: Methodology and preliminary results. *Revista de Saúde Pública*, 32:397-407, 1998.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*. v. 19, p. 793-797, 2003.

RENIERS, G.; MASQUELIER, B; GERLARD, P. (2011). Adult Mortality in Africa. In: ROGERS, R.; CRIMMS, E. (eds). *International Handbook of Adult Mortality*, Springer Science+Business Media B.V. 2011

REIS, Cristiano Sathler dos. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para todas as regiões do país entre 2000 e 2010. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional: Faculdade de Ciências Econômicas, UFMG. 2013.

RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C.;
CRUZ, I. R.; LANGE, C. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da
Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* v. 16, p. 536-545, 2007.

ROWLAND, D. A five-nation perspective on the elderly. *Health Affairs*, 11:205-215, 1992.

SAAD, P. Living arrangements of the elderly in Northeast and Southeast/ Brazil. In:
ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996, Caxambu, MG.
Anais do 10o Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu: ABEP, 1996.

SAAD, P.M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e
Fortaleza. In: Camarano AA (org). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de
Janeiro: IPEA, 1999. p. 251-80.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: LEBRÃO, M.L.;
DUARTE, Y.A.O. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no
município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan - Americana da
Saúde, 2003. Capítulo 10, p. 201-224.

SA AD, P.M.. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In.:
CAMARANO, AA (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro:
IPEA. (6): 169-209, 2004.

SACKETT, D. L. et al. *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. New
York: Churchill Livingstone, 2000

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin. *Textos
Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2003.

SASSI, M. R, BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática
sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.819-
832, jul-ago, 2001.

SESHAMI, M. and GRAY, A. Ageing and health-care expenditure: the red herring argument
revisited. *Health Economics*. 2004; 13: 303–314

- SILVA, M.J.; BESSA, M.E.P.; OLIVEIRA, A.M.C. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em área periférica de uma metrópole. *Cienc. enferm*, vol.10, no.1, p.31-39, jun. 2004.
- SILVESTRE, J.Á.; NETO, M.M.C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.19, v.3, p. 839-847, 2003.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.
- STARFIELD, B. Is primary-care essential? *Lancet*, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, Out. 1994.
- STACHENKO, S. Normas preventivas: su función en la prevención clínica y en la promoción de la salud. In: *Organização Panamericana de la Salud Prevención Clínica: guía para médicos*. Washington, D.C.: OPS Publicação científica n. 568, 1998.
- SAWYER, O. D; LEITE, I. C; ALEXANDRINO, R. Perfis de serviços de saúde no Brasil. *Rio de Janeiro: Ciência e saúde Coletiva*,7(4):757 –776. 2002
- SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.4.
- SHIRO Horiuchi; ZENG Yi (eds.), *Human Longevity, Individual Life Duration, and the Growth of the Oldest-Old Population*, Dordrecht, The Netherlands: Springer, pp. 297-332, 2006
- SOARES, R., 2007. "On the Determinants of Mortality Reductions in the Developing World," *Population and Development Review*, The Population Council, Inc., vol. 33(2), pages 247-287
- SZYMANSKI, Heloísa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo de mudança. In: *Serviço Social e sociedade*. Ano XXIII, nº 71; Cortez, 2002.
- SZWARCWALD, C. L; LEAL, M. C; GOUVEIA, G. C; SOUZA, W. V. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados de Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*; Recife S (Supl 1): S11-S22, dez;2005.

TEIXEIRA, C. (2001) O Futuro da Prevenção, Salvador: Casa da Qualidade.

TELAROLLI, R. J; MACHADO, J. C. M. S; CARVALHO, F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 30, p.485-498, 1996.

TERRIS, M. (1996). Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la Teoria de la Salud Publica, in OPS. Promoción de la Salud: Una Antologia. Washington: OPS, Publ. Cient. 557 pgs. 37-44

TORRES, C.H. Ensino de Epidemiologia na Escola Médica: institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. 2002

TRAVASSOS, C; V; FRANCISCO, Fernandes, C et al . Social and geographical inequalities in health services utilization in Brazil. Ciência e Saúde Coletiva, vol.5, no.1, p.133-149. 2000

TRAVASSOS, C; VIACAVA, F; PINHEIRO, R; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Rev Panam Salud Pública, 11(5-6):365-73, 2002.

VAN de VEN, W. P. M. M. Risk Adjustment in competitive health plan markets. In: CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. P. (Eds.). Handbook of health economics. New York: Elsevier, 2000. v.1A, p.755-845.

VERAS, R. P. A Survey of the Health of Elderly People in Rio de Janeiro, Brazil. Ph.D. Thesis. London: University of London, 1992.

VERAS, R. P. 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. Cadernos de Saúde Pública. v. 19, p. 705-715, 2003.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade . Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v. 9, n. 2, p. 423-432, abr./jun. 2004.

VERAS, R. P.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out./2007.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; ARAÚJO, D. V.; KUSCHNIR, R.; MENDES, W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. v. 42, p. 497-502, 2008.

VERAS, R. P. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 19, p. 705-715, 2003.

VERBRUGGE LM. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav*. 1989;30(3):282-304.

WENBERG JE. On patient need, equity, supplier- induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. *Medical Care* 23(5): 512-520, May. 1985

WILMOTH, J.R; MIKE Dennis. Increase of Human Longevity: Past, Present, and Future In: *The Japanese Journal of Population*, Vol.9, No.1, pp. 155-161, 2011

WILMOTH, J. R. In search of limits. *Between Zeus and the Salmon: the biodemography of longevity*. Washington: Nacional Academy Press, 1997.

WILMOTH, J.R; MIKE Dennis. Social differences in older adult mortality in the United States: Questions, data, methods, and results. In: Jean-Marie Robine, Eileen M. Crimmins, WILMOTH, J. Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos *Sociologias*. Porto Alegre. v. 4, n. 7, p. 136-155. , jan/jun 2002.

WONG, Laura L. Rodriguez; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil: Sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de População - REPEB*. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

WOOD C. H. , CARVALHO J. A. M. 1994. *A Demografia da Desigualdade no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, Rio de Janeiro.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Population ageing: a public health challenge. Geneva: World Health Organization Press Office; 1998. Fact Sheet.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2006 - Working together for health. Geneva: World Health Organization Press Office; 2006. Fact Sheet.

WOROBAY, J.; ANGEL, R. Functional capacity and living arrangements of unmarried elderly persons. *J Gerontol*, v. 45, n. 3, p. 95-101, maio, 1990.

YAZAKI, L.M. et al. Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. In: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados SEADE (org). *A população idosa e o apoio familiar*. São Paulo: SEADE, 1991. p.11-26.

VUORI, Hanna (1982), *Quality Assurance of Health Services*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Public Health in Europe, 16).