

Vivielle Brígida Ferreira de Carvalho

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS COM
DOENÇA CRÔNICA NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA DA
LITERATURA**

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2010

Vivielle Brígida Ferreira de Carvalho

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS COM
DOENÇA CRÔNICA NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Geriatria e Gerontologia, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Andrade Carneiro Machado

Co-orientador: Prof. Dr. João Marcos Domingues Dias

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2010

C331u Carvalho, Vivielle Brígida Ferreira de Carvalho
2010 Acesso e utilização de serviços de saúde por idosos com doença crônica no Brasil: revisão sistemática da literatura. [manuscrito] / Vivielle Brígida Ferreira de Carvalho – 2010.
26 f., enc.:il.

Orientadora: Luciana Andrade Carneiro Machado
Co-Orientador: João Marcos Domingues Dias

Monografia (especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 23-26

1. Instituições de saúde. 2. Idosos – Doenças. 3. Idosos. 4. População – Pesquisa. I. Machado, Luciana Andrade Carneiro. II. Dias, João Marcos Domingues. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 615.8-053.9

Ficha catalográfica elaborada pela equipe de bibliotecários da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

No Brasil, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma rápida. Com o aumento da expectativa de vida, as doenças infectocontagiosas deram lugar às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que podem levar a altos índices de morbimortalidade e incapacidades, exigindo atenção especial dos serviços de saúde. O conhecimento do padrão de acesso e utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros com DCNT é extremamente importante para que possa ser avaliada a adequação dos cuidados oferecidos a esta população. Foi realizada uma revisão sistemática para avaliar o acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos brasileiros com DCNT. A busca na literatura foi realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed, LILACS, Scielo e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), a partir do primeiro registro até outubro de 2010. A busca foi complementada pela avaliação de listas de referências e do site do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE). Quatro estudos preencheram os critérios de inclusão. Entre os estudos que avaliaram a prevalência de DCNT, a hipertensão arterial foi a mais prevalente, seguida da doença de coluna. Foi demonstrado que diversos fatores relacionados aos idosos e ao modelo assistencial interferem no acesso e utilização de serviços de saúde por essa população. Apesar de pesquisas de abrangência nacional apresentarem dados sobre o padrão de utilização de serviços de saúde por idosos, futuros estudos ainda são necessários para esclarecer sobre a adequação do sistema de saúde à população idosa com DCNT e oferecer informações relevantes aos níveis municipal e metropolitano.

Palavras-chave: Idosos, utilização de serviços de saúde, prevalência, doenças crônicas não transmissíveis, inquérito populacional.

ABSTRACT

In Brazil, population ageing is occurring fast. With the increase in life expectancy, contagious diseases have given way to chronic non-communicable diseases (NCD), which can lead to high rates of morbimortality and disability, requiring special attention from health services. The knowledge of health care access and utilization by Brazilian elders with NCD is extremely important to evaluate if the care provided is appropriate to that population. A systematic review was conducted to evaluate the health care access and utilization by Brazilian elders with NCD. A literature search was conducted in the electronic databases PubMed, LILACS, Scielo and on Brazilian Digital Library of Thesis and Dissertations (BDLD), from the first record to October 2010. The screening of reference lists from relevant studies and of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) website completed the search strategy. Four studies met the inclusion criteria. Among the studies that assessed the prevalence of NCD, hypertension was the most prevalent, followed by spinal disease. It was found that many factors related to the elderly and to the health care system can influence the access and utilization by this population. Although some nationwide studies present data about the pattern of health access and utilization by the elderly, future studies are still necessary to clarify the adequacy of the health care system to the aged population with NCD and to offer relevant information at municipal and metropolitan levels.

Key-words: Elderly, health care utilization, prevalence, non-communicable diseases, population survey.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 MÉTODOS	8
3 RESULTADOS	9
3.1 Seleção dos estudos	9
3.2 Características dos estudos	11
3.3 Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	15
3.4 Acesso e utilização de serviços de saúde	15
3.4.1 Consultas médicas e serviços ambulatoriais	15
3.4.2 Participação em grupos de discussão e atividades educativas	17
3.4.3 Internações hospitalares	17
3.4.4 Cobertura por plano de saúde e gasto privado com saúde	18
4 DISCUSSÃO	19
5 CONCLUSÃO.....	22
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, a queda da fecundidade e o aumento da expectativa de vida resultaram em um rápido crescimento absoluto e relativo da população idosa¹. Por exemplo, a população idosa brasileira passou de três milhões em 1960 para 20 milhões em 2008, representando um aumento de 700% em menos de meio século². As estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) projetam que a população brasileira alcançará 32 milhões de indivíduos idosos em 2025, o que corresponderá a 10% de seu total e levará o país a ocupar a sexta posição entre os países com maior número de idosos do mundo^{3,4}.

Além da transição demográfica observada no Brasil, também se faz presente uma concomitante transição epidemiológica. Por exemplo, as doenças infectocontagiosas eram as mais comuns em 1950, representando 40% das mortes no país; hoje, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam mais de 60% das mortes⁵. As DCNT são enfermidades complexas que podem levar a altos índices de incapacidade e morbidade, principalmente na população idosa. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mais recente, as DCNT afetam 77,4% da população com 60 anos ou mais, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente, seguida pelas doenças de coluna ou costas⁶.

O envelhecimento populacional, associado ao aumento da morbimortalidade causada pelas DCNT, exige atenção especial dos serviços de saúde⁷. O novo cenário epidemiológico brasileiro forçou o sistema nacional de saúde, que enfatizava condições patológicas de caráter agudo presentes em sua maioria na população jovem, a se reorganizar para atender à demanda de um cuidado complexo e continuado de enfermidades crônicas². As DCNT apresentam-se geralmente de modo múltiplo e seu caráter insidioso, muitas vezes subclínico, dificulta seu diagnóstico e reduz a aderência ao tratamento⁸.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é parte de um amplo movimento de reestruturação das ações e serviços públicos de saúde no Brasil, que é

atualmente orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde. O Plano de Ação sobre o Envelhecimento, apresentado na 2ª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento⁹, destacou a equidade no acesso aos serviços de saúde e as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças como as bases para um envelhecimento saudável. A acessibilidade aos serviços de saúde e sua utilização são medidas indiretas da avaliação da equidade de um sistema de saúde⁹. O acesso aos serviços de saúde depende das características do sistema de saúde, que atuam aumentando ou diminuindo os obstáculos para a obtenção destes serviços, bem como fatores dos próprios indivíduos, como o perfil de necessidades de saúde, valores e preferências individuais⁷.

Apesar do Brasil estar caminhando para atingir um perfil demográfico semelhante ao dos países desenvolvidos, os grandes centros populacionais brasileiros ainda não dispõem da infra-estrutura de serviços de saúde adequada para as demandas decorrentes do envelhecimento populacional¹⁰. Sabe-se que a demanda por serviços de saúde, entre eles a hospitalização e o tempo de ocupação do leito, é maior entre a população idosa quando comparada às demais faixas etárias². Além disso, as políticas de saúde vigentes nem sempre provocam as mudanças desejáveis ou atendem às expectativas e necessidades dessa população¹¹.

O conhecimento do padrão de acesso e utilização de serviços de saúde por idosos com DCNT no Brasil é extremamente importante para que possa ser avaliada a adequação dos cuidados de saúde prestados a esses indivíduos e para que possam ser planejadas estratégias que propiciem a melhoria desses serviços. Nesse contexto, o conhecimento de alguns indicadores da condição de saúde dos idosos, tais como a prevalência de DCNT, número de consultas médicas e internações hospitalares e cobertura por planos de saúde são extremamente relevantes para auxiliar na avaliação dos serviços de saúde prestados à população idosa¹².

O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura a fim de avaliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde por idosos com DCNT na população brasileira.

2 MÉTODOS

Foi realizada uma busca nas bases eletrônicas de dados PubMed, LILACS, Scielo e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) a partir do primeiro registro até outubro de 2010. Os termos e combinações utilizados para a busca na base PubMed foram: *((chronic disease OR chronic illness) AND (health care surveys OR health care utilization OR health services) AND (elder* OR aging OR aged OR geriatr*)) AND (cross-sectional OR survey) AND Brazil*; a busca na base LILACS foi feita através dos termos “pesquisas sobre serviços de saúde” AND “idoso”, e “acesso aos serviços de saúde” AND “idoso”; para a busca nas bases Scielo e BDTD foram utilizados os termos “idoso” AND “serviços de saúde”. A busca foi complementada pela avaliação das listas de referências dos estudos relevantes. Além disso, foi realizada uma busca no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por relatórios emitidos sobre a PNAD realizada em 1998, 2003 e 2008.

A busca e seleção de estudos potencialmente elegíveis foi feita por dois revisores de forma independente. No caso de discordância entre os revisores, o consenso foi utilizado e um terceiro revisor foi chamado quando necessário. O processo de seleção se deu primeiramente pela avaliação de títulos e resumos, e em seguida pela avaliação de textos na íntegra. Os dados dos estudos selecionados para inclusão foram extraídos por um revisor através de uma planilha padronizada. Os estudos considerados elegíveis deveriam apresentar delineamento seccional e investigar o acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos brasileiros com DCNT. Considerou-se como idoso todo indivíduo com sessenta anos ou mais, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para países em desenvolvimento¹³. Foram excluídos os estudos com relato de informações sobre diversas faixas etárias e/ou sobre outros tipos de doenças caso não fosse possível extrair dados individualizados relativos à população idosa com DCNT.

3 RESULTADOS

3.1 Seleção dos Estudos

A Figura 1 descreve o processo de seleção dos estudos. Entre os 528 estudos identificados pela busca nas bases de dados eletrônicas, 495 estudos não preencheram os critérios de inclusão após a avaliação de títulos e resumos. Foi realizada a avaliação de 33 textos na íntegra e 30 deles foram excluídos. Um estudo adicional¹⁴ foi incluído após a avaliação das listas de referências de estudos relevantes. Três relatórios completos e duas sínteses de resultados sobre a PNAD 1998, 2003 e 2008 foram identificadas, mas nenhum destes documentos foi incluído pois não ofereciam informações individualizadas sobre o acesso e utilização de serviços de saúde por idosos especificamente com DCNT. Portanto, um total de quatro estudos^{14,15,16,17}, foram incluídos na presente revisão sistemática.

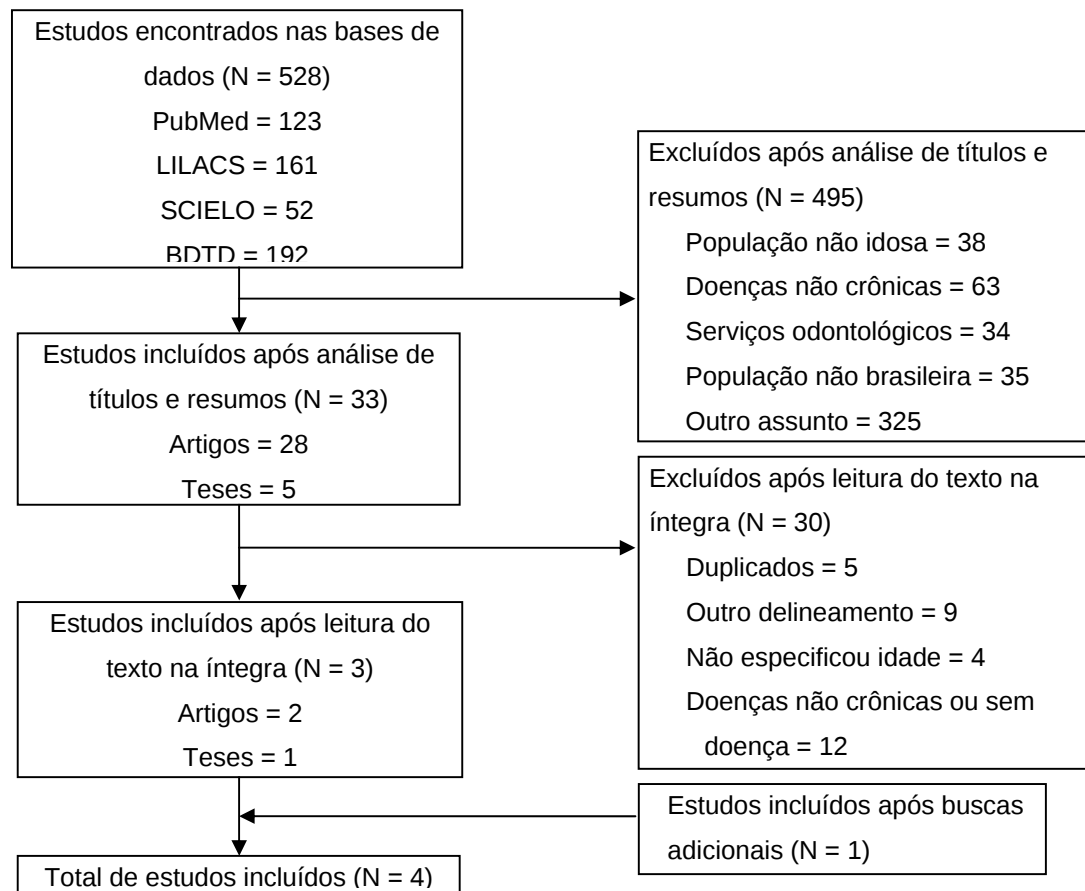


Figura 1. Fluxograma da seleção de estudos para inclusão na revisão sistemática.

3.2 Características dos Estudos

A Tabela 1 apresenta as características e principais resultados dos quatro estudos incluídos. Os estudos de Rodrigues et al¹⁵ e Piccini et al¹⁴ são publicações sobre um mesmo estudo base realizado em cerca de quatro mil idosos residentes em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do país. Ambas as publicações foram descritas individualmente devido a inconsistências na forma de apresentação dos resultados pelos autores. O estudo de Louvison et al¹⁶ descreve os dados referentes à subamostra de idosos residentes em São Paulo (SP) incluída no estudo multicêntrico Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde para traçar o perfil dos idosos da América Latina e Caribe. O estudo de Mendes¹⁷ consiste em uma tese de Doutorado que também diz respeito a idosos residentes em São Paulo (SP).

Os estudos de Rodrigues et al¹⁵ e Piccini et al¹⁴ incluíram a maior amostra de idosos com DCNT (2.889 participantes), enquanto o estudo de Mendes¹⁷ incluiu a menor amostra de idosos com DCNT (646 participantes). Louvison et al¹² não forneceram dados suficientes para que fosse extraída a frequência absoluta de idosos com DCNT da amostra total do estudo. Em todos os estudos, a maioria dos participantes era do sexo feminino e as amostras eram em sua totalidade formadas por idosos comunitários residentes em áreas urbanas.

TABELA 1
Características dos estudos e principais resultados

Estudo	Local de realização	Participantes	Principais resultados
Rodrigues et al ¹⁵	41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste.	2.889 idosos com DCNT obtidos do estudo de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF): 65 a 69 anos (935); 70 a 74 anos (771); 75 a 79 anos (615); 80 anos ou mais (568); 1.874 M (64,9%) e 1.015 H (35,1%).	Prevalência de DCNT*: 72,2% relataram hipertensão arterial e/ou diabetes e/ou doença mental. Uso de serviços de saúde entre idosos com DCNT: - Consulta médica na UBS nos últimos 6 meses devido a DCNT (45,2%). - Participação em grupo de atividades para DCNT na UBS (19,2%).
Piccini et al ¹⁴	Idem acima.	Idem acima.	Prevalência de DCNT*: hipertensão arterial (62% no Sul e 65% no Nordeste) e diabetes (20% no Sul e 19% no Nordeste). Uso de serviços de saúde entre hipertensos: - Consulta médica na UBS tradicional (37% no Sul e 35% no Nordeste) e na UBS/PSF (50% no Sul e 53% no Nordeste). - Participação em grupo de atividades para hipertensão arterial na UBS tradicional (13% no Sul e 25% no Nordeste) e na UBS/PSF (31% no Sul e 39% no Nordeste). - Hospitalização nos últimos 2 anos por hipertensão arterial na UBS tradicional (14% no Sul e 18% no Nordeste) e na UBS/PSF (16% no Sul e 16% no Nordeste).

Continua

			Uso de serviços de saúde entre diabéticos: - Consulta médica na UBS tradicional (39% no Sul e 36% no Nordeste) e na UBS/PSF (53% no Sul e 48% no Nordeste). - Participação em grupo de atividades para diabetes na UBS tradicional (10% no Sul e 26% no Nordeste) e na UBS/PSF (27% no Sul e 40% no Nordeste). - Hospitalização nos últimos 2 anos por diabetes na UBS tradicional (13% no Sul e 9% no Nordeste) e na UBS/PSF (15% no Sul e 13% no Nordeste).
Louvison et al ¹⁶	São Paulo (SP).	2.143 idosos brasileiros do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), representando o universo de 836.204 idosos: idade até 75 anos (77,9%); 490.016 M (58,6%) e 346.188 H (41,4%). Não foi possível extrair informações sobre o tamanho e idade média da subamostra de idosos com DCNT.	Prevalência de DCNT: três ou mais DCNT (18,6%), hipertensão arterial (53,3%). Uso de serviços de saúde: uso de serviços ambulatoriais nos 4 meses anteriores maior entre idosos com DCNT <i>versus</i> idosos sem DCNT (OR = 2,73; IC 95% 2,06 a 3,60).
Mendes ¹⁷	São Paulo (SP).	646 idosos com DCNT não institucionalizados, residentes na área urbana. Não foi possível extrair informações sobre a idade média da subamostra de idosos com DCNT.	Prevalência de DCNT**: pelo menos uma DCNT (46,2%), três ou mais DCNT (34,7%), hipertensão arterial (46,2%), doença da coluna (30%), artrite/artrose (23%), depressão/ansiedade (23%), alergia (20,9%), diabetes (17,6%), osteoporose (16,6%), enxaqueca/cefaléia (12,5%), doença de pele (7,1%), anemia (5,5%), AVC (5,2%) e doença renal crônica (3,8%).

Continua

Uso de serviços de saúde entre hipertensos:

- Procura por serviço de saúde de forma rotineira (70,1%), procura quando tem problema (11,2%) e não procura (18,7%).
- Participação em grupo de discussão sobre hipertensão arterial (11,1%).

Uso de serviços de saúde entre diabéticos:

- Procura por serviço de forma rotineira (69,9%), procura quando tem problema (5,5%) e não procura (24,6%).
- Participação em grupo de discussão sobre diabetes (15,7%).

Frequência de relato de internação hospitalar no último ano maior entre hipertensos ($p = 0,0032$) e diabéticos ($p = 0,0029$).

Legenda: M = Mulheres; H = Homens; DCNT = Doenças crônicas não transmissíveis; UBS = Unidade Básica de Saúde; UBS/PSF = Unidade Básica de Saúde com modelo do Programa Saúde da Família; OR = *Odds Ratio*; IC = Intervalo de confiança. *Estatística referente à amostra total de 4.003 idosos com ou sem DCNT. **Estatística referente à amostra total de 872 idosos com ou sem DCNT.

3.3 Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Todos os estudos incluídos ofereceram informações sobre a prevalência de DCNT em idosos. Rodrigues et al¹⁵ encontraram uma prevalência de hipertensão arterial e/ou diabetes e/ou doença mental de 72,2%. O relato de Piccini et al¹⁴ sobre os mesmos dados apresentou valores de prevalência individualizados por diagnóstico e região estudada, sendo: hipertensão arterial (62% na região Sul e 65% no Nordeste) e diabetes (20% na região Sul e 19% no Nordeste). Louvison et al¹⁶ encontraram uma prevalência de três ou mais DCNT de 18,6%, sendo o acometimento isolado mais comum a hipertensão arterial (53,3%). Mendes¹⁷ encontrou relato de pelo menos uma DCNT por 46,2% idosos e de três ou mais DCNT por 34,7%. As DCNT mais prevalentes foram a hipertensão arterial (46,2%), seguida da doença da coluna (30,0%), enquanto a menos prevalente foi a doença renal crônica (3,8%) (Tabela 1). O relato de DCNT foi mais frequente entre mulheres para a maioria das doenças, sendo as maiores diferenças encontradas para alergia (12,8% *versus* 26,1%; $p < 0,0001$), depressão/ansiedade (14,8% *versus* 28,4%, $p < 0,0001$) e osteoporose (2,9 *versus* 25,6%; $p < 0,0001$). Mulheres também relataram quase o dobro de DCNT quando estas se apresentavam em três ou mais (22,8% *versus* 42,6%; $p < 0,0001$)¹⁷.

3.4 Acesso e utilização de serviços de saúde

3.4.1 Consultas médicas e serviços ambulatoriais

Rodrigues et al¹⁵ encontraram relato de consulta médica na unidade básica de saúde (UBS) nos últimos seis meses de 45,2% por idosos com DCNT. Piccini et al¹⁴ encontraram uma menor procura por consultas médicas entre

residentes em áreas de abrangência de UBS sem o modelo do Programa Saúde da Família (PSF) (35% a 39%), quando comparada a idosos residentes em áreas cuja UBS seguia o modelo PSF (48% a 53%) (Tabela 1). Rodrigues et al¹⁵ também relataram uma menor procura por consultas médicas entre indivíduos mais velhos, com maior escolaridade e sem limitações funcionais (apenas região Sul).

Louvison et al¹⁶ encontraram uma maior utilização de serviços ambulatoriais nos quatro meses anteriores entre idosos com DCNT (OR 2,73; IC 95% 2,06 a 3,60), independentemente de outras variáveis como renda, escolaridade e possuir seguro saúde privado (Tabela 1). A associação com o uso de serviços ambulatoriais foi mais forte para a diabetes (OR 1,50; IC 95% 1,09 a 2,08) que para a hipertensão arterial (OR 1,34; IC 95% 1,00 a 1,79) ou doença mental (OR 1,39; IC 95% 0,98 a 1,97).

Mendes¹⁷ encontrou uma utilização de serviços de saúde significativamente superior entre idosos com a presença concomitante de hipertensão arterial e diabetes em comparação aos não doentes (41,18% *versus* 29,28%; $p = 0,0348$). Os autores também apresentaram dados individualizados sobre a utilização de serviços de saúde por hipertensos e diabéticos. Entre os hipertensos, 70,1% relataram procurar o serviço de saúde de forma rotineira, 11,2% só procuraram quando apresentavam algum problema e 18,7% não procuraram (Tabela 1). As justificativas para a não procura foram: não achou necessário (48,2%), dificuldades financeiras (8,9%), dificuldade de acesso geográfico (6,1%) e outras (35,6%). Entre aqueles que relataram procurar o serviço de saúde, 97,1% conseguiram atendimento. Os hipertensos procuraram pela última vez o médico para o controle de pressão, em média, 11,6 (IC 95% 5,5 a 17,7) meses atrás. Entre os diabéticos, 69,9% relataram procurar o serviço de saúde de forma rotineira, 5,5% só procuraram quando apresentavam algum problema e 24,6% não procuraram (Tabela 1). As justificativas para a não procura foram: não achou necessário (37,5%), dificuldades financeiras (7,4%), sem tempo (6,6%) e dificuldade de acesso geográfico (3,3%). Os autores não encontraram diferenças significativas na utilização rotineira de serviços entre os idosos que conheciam as medidas e práticas de controle da hipertensão arterial (dieta,

medicação e atividade física) e diabetes (dieta e medicação) e os que as aplicavam.

3.4.2 Participação em grupos de discussão ou atividades educativas

Rodrigues et al¹⁵ encontraram um relato de participação em grupo de atividades educativas para DCNT no último ano de 19,2%. Rodrigues et al¹⁵ e Piccini et al¹⁴ apresentaram dados demonstrando uma menor participação em grupos de atividades por idosos residentes em áreas de UBS sem o modelo PSF e por idosos residentes na região Sul. Rodrigues et al¹⁵ também demonstraram uma menor participação entre indivíduos mais velhos, tabagistas, com maior renda familiar e escolaridade, e com incapacidades funcionais.

Mendes¹⁷ encontrou que cerca de 11% dos idosos hipertensos e 16% dos idosos diabéticos participavam de grupos de discussão para o controle da sua doença (Tabela 1). Essa participação influenciou significativamente o conhecimento dos idosos hipertensos sobre a necessidade da dieta como medida de controle da doença ($p < 0,0001$), mas a mesma influência não foi observada entre os idosos diabéticos.

3.4.3 Internações hospitalares

Piccini et al¹⁴ encontraram uma frequência de hospitalização nos últimos dois anos variando entre 14% e 18% para hipertensão arterial e entre 9% e 15% para diabetes. As variações se deveram à área de residência do idoso, sendo as maiores frequências de hospitalização geralmente encontradas nas áreas de UBS com o modelo PSF (Tabela 1).

Mendes¹⁷ encontrou uma frequência de hospitalização no último ano significativamente maior entre hipertensos (17,4% *versus* 10,3%; $p = 0,0032$) e diabéticos (20,5% *versus* 12,2%; $p = 0,0029$), quando comparados a idosos sem essas doenças (Tabela 1).

3.4.4 Cobertura por plano de saúde e gasto privado com saúde

Nenhum dos estudos incluídos ofereceu informações individualizadas sobre cobertura por plano de saúde e gasto privado com saúde entre idosos com DCNT.

4 DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática incluiu quatro estudos^{14,15,16,17} investigando o acesso e utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros com DCNT. Todos os estudos também ofereceram informações sobre a prevalência de pelo menos uma DCNT nessa população. Entre os estudos que relataram a prevalência de múltiplas DCNT, a mais comum foi a hipertensão arterial, seguida da doença de coluna. Foi encontrada uma prevalência maior de DCNT entre mulheres. Esses resultados refletem dados recentes referentes a todo o território nacional, oferecidos pela PNAD realizada em 2008¹⁸.

Os achados dos estudos incluídos sobre a procura por serviços de saúde entre idosos com DCNT demonstram que entre 45% e 70% destes indivíduos se consultou com um profissional de saúde, indicando que o acesso ao serviço não parece um problema. Entretanto, o percentual dos que não procuraram pelo serviço de saúde por não achar necessário é preocupante. Isto ocorreu em 50% dos hipertensos e 40% dos diabéticos estudados por Mendes¹⁷ e reflete uma falta de informação sobre as DCNT. Segundo o autor, a procura pelo serviço de saúde é importante para o reconhecimento da doença, educação e aprendizado sobre como controlá-la e evitar sua progressão, minimizando complicações¹⁷. A participação de idosos em grupos de atividades oferecidos por UBS é um importante fator que contribui para aumentar o nível de informação sobre as medidas de controle de certas DCNT¹⁷. Entretanto, essa participação ainda é limitada, não apenas pelo pequeno número de UBS em que estes grupos estão disponíveis, mas também pela baixa utilização dos mesmos pelos idosos.

A presença do modelo PSF parece ser um incentivador da participação em grupos de atividades por idosos com DCNT, bem como da procura por consultas médicas^{14,15}. O PSF consiste em um modelo de atenção à saúde que tem a família como centro de atenção e é focado em uma atuação preventiva, não esperando que os indivíduos procurem pelo serviço após adoecerem¹⁹. Em um estudo qualitativo investigando as percepções de 40 indivíduos residentes em áreas de abrangência de UBS com modelo PSF em Cuiabá (MT), Mandú et al²⁰

encontraram relatos que caracterizavam o modelo como um meio importante de acesso aos serviços de saúde devido à ausência de deslocamento para receber procedimentos clínicos e medicamentos. Dificuldades no deslocamento são comumente citadas como um dos motivos para a não procura de serviços de saúde, mesmo entre idosos que relatam precisar do serviço^{16,17}.

A importância do modelo PSF é também evidenciada nos relatos dos profissionais de saúde envolvidos, os quais consideram as visitas domiciliares essenciais para a detecção precoce de problemas e a prevenção de comorbidades, podendo atender de forma integral às necessidades de saúde dos idosos²¹. Por outro lado, há evidências de que a maioria dos profissionais que compõem o PSF não são especialistas em geriatria e gerontologia, ou não fizeram cursos voltados para esta área de atuação²². Isto demonstra uma carência de profissionais treinados para atender à demanda de um número crescente de idosos.

Outros fatores podem influenciar o padrão de acesso e utilização de serviços de saúde por idosos com DCNT, como gênero e renda familiar¹⁵. A maior procura por serviços de saúde entre mulheres pode estar relacionada à sua percepção sobre as doenças, a como elas avaliam sua gravidade e decidem como lidar com a saúde¹⁷. Por outro lado, o relato menos frequente de DCNT e a menor procura por serviços de saúde entre homens podem estar relacionados à ideia de desvalorização de seu papel de provedor e de “sexo forte”²³.

Segundo as estimativas nacionais vindas da PNAD, apesar de os mais pobres apresentarem piores condições de saúde, eles são os que menos utilizam os serviços de saúde²⁴. Entretanto, Rodrigues et al¹⁵ encontraram que idosos com menor renda familiar relatam uma maior participação em grupos de atividades educativas oferecidas pela UBS. Apesar deste resultado parecer contraditório em um primeiro momento, os autores justificam a maior participação de idosos com pior condição socioeconômica devido ao fornecimento de medicamentos gratuitos garantidos aos usuários que participam desses grupos¹⁵.

A literatura indica que o acesso e utilização de serviços de saúde vem melhorando no Brasil. Houve um aumento significativo das consultas médicas

realizadas entre 1998 e 2003, enquanto o número de hospitalizações não se modificou nesse período¹². Entretanto, apesar dos números positivos, o sistema de saúde no Brasil ainda tem muito a avançar. Ainda se faz presente um reduzido número de profissionais disponíveis e capacitados para o cuidado de DCNT em idosos, além de uma limitada utilização de protocolos específicos para uma atenção preventiva a esta população. Além disso, evidências sobre a menor utilização dos serviços de saúde por populações de mais baixo nível socioeconômico evidencia a iniquidade do modelo de assistência à saúde²⁵.

Uma limitação da presente revisão sistemática foi o reduzido número de estudos incluídos. Foi encontrado um grande número de estudos que ofereciam informações sobre o acesso e utilização de serviços de saúde por idosos, entretanto, a maior parte deles não foi incluída pois não apresentou dados individualizados relativos à população idosa com DCNT (em alguns casos a informação se referia a idosos com qualquer tipo de doença). O mesmo problema foi encontrado nos relatórios da PNAD 1998, 2003 e 2008²⁶ e em diversas publicações relacionadas a eles^{10,12,27,28,29,30}. Apesar disso, sabe-se que a maior utilização de serviços de saúde pela população idosa é em grande parte devida ao aumento da prevalência de várias doenças crônicas e suas incapacidades associadas. Por exemplo, dois estudos incluídos nesta revisão^{16,17} indicaram uma maior utilização de serviços de saúde entre idosos com DCNT em comparação a idosos sem estas doenças. Portanto, talvez as estimativas nacionais sobre a presença de doenças (DCNT ou não) na população idosa possam pelo menos indicar o padrão de utilização de serviços de saúde por indivíduos com DCNT.

O conhecimento do padrão de utilização de serviços de saúde por idosos facilita o desenvolvimento de um sistema de vigilância epidemiológica para as doenças comuns ao envelhecimento e favorece o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas em saúde adequadas a essa população¹⁷. Apesar das diversas pesquisas de abrangência nacional já realizadas sobre o tema, ainda são necessários futuros estudos que possam esclarecer sobre a adequação do sistema de saúde à população idosa com DCNT e oferecer informações relevantes aos níveis municipal e metropolitano.

5 CONCLUSÃO

Em virtude do envelhecimento rápido da população e do aumento da prevalência de DCNT, a atenção à saúde do idoso é um dos mais importantes desafios a serem enfrentados pela sociedade brasileira nos próximos anos. Os resultados da presente revisão sistemática indicam que diversos fatores relacionados aos idosos, como gênero e renda familiar, e outros relacionados ao modelo assistencial, como cobertura pelo PSF, interferem na utilização de serviços de saúde. Entretanto, devido ao pequeno número de estudos incluídos nesta revisão, nota-se que ainda há uma lacuna na literatura no que diz respeito ao conhecimento da adequação do cuidado voltado ao idoso com DCNT. Portanto, futuros estudos ainda precisam ser realizados para que o conjunto de informações obtidas possa ser utilizado para incrementar programas específicos de cuidado ao idoso com DCNT, tanto no setor público quanto no privado, visando facilitar o acesso e otimizar a utilização destes serviços.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LOURENÇO, R.A. et al Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.2, p. 311-318, 2005.
2. VERAS, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, Abril 2009.
3. VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde da PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2463-2466, Outubro, 2007.
4. DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C.A.M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1151-1160, Maio, 2007.
5. ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Grande do Sul, v.9, n.4, p. 833-840, 2004.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas. Informações Demográficas e Socioeconômica, n. 27, Rio de Janeiro 2010.
7. TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2490-2502, Outubro, 2007.
8. GARCIA, M.A.A. et al Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Campinas, v.14, n.2, p. 175-82, março-abril, 2006.
9. 2ª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal. Madrid, 12 de abril 2002. Disponível em <http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoe/ageing/idosos-final.pdf>. Acesso em 17 de novembro 2010.

10. VERAS, R.; PARAHYBA, M.I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2479-2489, Outubro, 2007.
11. FACCHINI, L.A. et al Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup.1, p. S159-S172, 2008.
12. LIMA-COSTA, M. F.; FILHO, A.I.L.; MATOS, D.I. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2467-2478, Outubro, 2007.
13. Organização Mundial da Saúde/OPAS 2004. Disponível em [http://portal web02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=17098](http://portal.web02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=17098)>. Acesso em 17 de novembro 2010.
14. PICCINI, R.X. et al Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.657-667, 2006.
15. RODRIGUES, M.A.P. et al Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. Pelotas, v.43, n.4, p.604-12, 2009.
16. LOUVISON, M.C.P. et al Desigualdade no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.42, n.4, p.733-40, 2008.
17. MENDES, Telma de Almeida Busch. Prevalência de doenças crônicas e utilização dos serviços de saúde por idosos residentes no município de São Paulo. Orientador: Prof Dr Moisés Goldbaum, 2010 Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.

19. ROSA, W.A.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.13, n.6, p. 1027-1034, novembro-dezembro.
20. MANDÚ, E.N.T. et al Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.17, n.1, p.131-140, Janeiro e Março, 2008.
21. COSTA, M.F.B.N.A.; CIOSAK, S.I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.44, n.2, p. 437- 444, 2010.
22. HOLANDA, Vânia do Perpétuo Socorro Bastos Cantanhêde. Atenção à saúde do idoso na prática diária da equipe do programa de saúde da família. Orientadora: Prof^a Dr^a Mônia Elinor Alves Gama, 2007 Tese (Mestre em Saúde e Ambiente) - Universidade Federal do Maranhão, 2007.
23. DA SILVA, João Luiz Almeida. O idoso do município de Arambaré- RS: um contexto rural de envelhecimento. Orientadora: Prof.^a Dr^a. Marta Júlia Marques Lopes, 2005 Tese (Mestre em Emfermagem) – Universidade Ferderal do Rio Grande do Sul; 2005.
24. 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**; Belo Horizonte, v.11, n.4, p 941-950; 2006.
25. LIMA-COSTA; M. F.; LOYOLLA FILHO; A. I. Fatores associados ao uso e à satisfação com o serviço de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de Belo Horizonte. **Rev. Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v.17, n.4, p. 247-257, Outubro-Dezembro, 2008.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766&id_pagina=1. Acesso em 29 de novembro de 2010.

27. LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por *Amostras de Domicílios*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 735-743, Maio-Junho, 2003.
28. ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio de 2003 utilizando o método Grade of Membership. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 535-546, Março, 2008.
29. DE ALMEIDA, M.F. et al Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, p.743-756, 2002.
30. PINHEIRO, R.S. et al, Gênero morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** ;v. 7, n.4, p. 687-707, 2002.