

Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional

Alexandre Moreira de Melo Silva^I, Juliana Vaz de Melo Mambrini^{II}, Sérgio Viana Peixoto^{III,III}, Deborah Carvalho Malta^{IV}, Maria Fernanda Lima-Costa^{II}

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Departamento de Enfermagem Aplicada. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{IV} Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o uso de serviços de saúde e a qualidade da atenção médica recebida por idosos brasileiros com e sem limitação funcional.

MÉTODOS: As análises principais foram baseadas em amostra nacional representativa de 23.815 participantes da Pesquisa Nacional de Saúde com 60 anos ou mais. A limitação funcional foi definida pela dificuldade para realizar pelo menos uma entre dez atividades básicas ou instrumentais da vida diária. Potenciais variáveis de confusão incluíram fatores predisponentes e facilitadores do uso de serviços de saúde.

RESULTADOS: A prevalência da limitação funcional foi de 30,1% (IC95% 29,2–31,4). O número de consultas médicas e a ocorrência de hospitalizações nos últimos 12 meses apresentaram associações estatisticamente significantes com a limitação funcional, tanto entre usuários do sistema público (OR = 2,48 [IC95% 2,13–2,88] para três ou mais consultas e OR = 2,58 [IC95% 2,15–3,09] para uma ou mais hospitalizações) quanto do sistema privado (OR = 2,56 [IC95% 1,50–4,36] e OR = 2,22 [IC95% 1,64–3,00], respectivamente). A propensão ao uso da unidade básica de saúde foi maior entre usuários do sistema privado com limitações funcionais (OR = 2,01 [IC95% 1,12–3,59]). Entre sete indicadores da qualidade da atenção médica recebida, na percepção dos usuários dos sistemas público e privado, somente dois apresentaram associação com a limitação funcional. Os usuários do sistema público com limitações funcionais fizeram pior avaliação da liberdade para escolha do médico e do tempo de espera para a consulta, em comparação aos usuários do mesmo sistema sem essas limitações (OR = 0,81 [IC95% 0,67–0,99] e OR = 0,76 [IC95% 0,62–0,93], respectivamente).

CONCLUSÕES: Idosos com limitações funcionais utilizam mais serviços de saúde em comparação aos seus pares sem essas limitações. A magnitude da associação entre a limitação funcional e o número de consultas médicas e de hospitalizações foi semelhante nos sistemas público e privado de saúde.

DESCRITORES: Idoso. Idoso Fragilizado. Pessoas com Deficiência. Atividades Diárias. Serviços de Saúde para Idosos. Qualidade da Assistência à Saúde.

Correspondência:

Maria Fernanda Lima-Costa
Centro de Pesquisas René Rachou da
Fundação Oswaldo Cruz
Av. Augusto de Lima, 1715
30190-002 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: lima-costa@cpqrr.fiocruz.br

Recebido: 1 set 2016

Aprovado: 16 out 2016

Como citar: Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 1:5s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população ocorre mundialmente, e o Brasil – a quinta maior população do mundo – é um dos países onde essa transição demográfica vem ocorrendo de forma mais acelerada^a. Populações mais envelhecidas apresentam maior carga de doenças crônicas e de incapacidades, levando ao aumento da demanda por atenção à saúde. Existe, portanto, crescente interesse na análise do perfil e das desigualdades associadas à utilização de serviços de saúde por idosos com limitações funcionais, tanto em países com populações mais envelhecidas quanto naqueles em rápido processo de envelhecimento¹⁻³.

Os determinantes da utilização de serviços de saúde estão relacionados a fatores contextuais (tipos de sistemas de saúde e sua organização, por exemplo)⁴ e a fatores individuais. Segundo o modelo clássico de Andersen e Newman⁵, os fatores individuais compreendem características predisponentes (como idade e sexo), características facilitadoras (como escolaridade e renda) e necessidades de saúde. No Brasil, a organização da atenção à saúde é baseada no Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela provisão universal e gratuita dos serviços e programas de saúde⁶. O sistema público convive com o sistema privado, cujo acesso depende da capacidade de pagamento⁶. Adultos cobertos por planos privados realizam mais consultas médicas e odontológicas em comparação ao restante da população⁷. Na percepção da população adulta, as principais diferenças entre a atenção recebida na rede pública e a recebida na rede privada são: a forma de agendar a consulta (com predominância do pré-agendamento na última), o tempo de espera para conseguir a consulta (maior na primeira), o tipo de médico atendente (predominância de médico generalista na primeira) e o motivo da consulta (predomínio de exame periódico de saúde na última)⁸.

A prevalência da limitação funcional varia entre países e em função do critério adotado para a sua definição^{9b}. Uma definição amplamente utilizada é o relato de dificuldades para realizar atividades básicas ou instrumentais da vida diária. Com base nessa definição, a prevalência da limitação funcional na população com 50 anos ou mais varia entre 25% na Espanha e na Inglaterra e 40% nos Estados Unidos¹⁰.

No Brasil, existem poucos estudos de base populacional examinando a associação entre a limitação funcional e o uso de serviços de saúde. Um estudo conduzido em municípios das regiões Sul e Nordeste mostrou que, entre idosos portadores de doenças crônicas, a prevalência de consultas médicas era 30% mais alta entre aqueles com algum nível de incapacidade, em comparação aos seus pares sem limitações funcionais¹¹. Na região metropolitana de Belo Horizonte, foi observada associação entre a dificuldade para realizar atividades básicas da vida diária e a ocorrência de hospitalizações e de consultas médicas domiciliares¹².

No presente trabalho, foram utilizados dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), com o objetivo de analisar o uso de serviços de saúde e a qualidade da atenção médica recebida na percepção de idosos brasileiros com e sem limitação funcional.

MÉTODOS

A PNS é uma pesquisa domiciliar, com abrangência nacional, realizada em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em colaboração com o Ministério da Saúde^c. A pesquisa foi delineada para representar a população adulta, com base em amostragem por conglomerados^{13c}. A PNS é composta por três questionários: domiciliar; individual respondido para todos os moradores; e individual respondido por um morador selecionado. Todos os residentes nos domicílios amostrados com idade igual ou superior a 60 anos foram elegíveis para responder ao módulo sobre capacidade funcional. O morador selecionado foi elegível para responder ao módulo sobre atenção médica. Para o presente estudo, foram selecionados todos os participantes da pesquisa com 60 anos ou mais de idade para a análise dos fatores associados ao uso de serviços de saúde (n = 23.815), e o

^a United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: the 2015 revision. New York; 2015 [citado 2015 dez 3]. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp>

^b Organização Mundial da Saúde. Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Genebra; 2002 [citado 2016 jan 20]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Guia-para-principiantes-CIF-CBCD.pdf>

^c Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado 2016 jan 20]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>

morador selecionado na mesma faixa etária, para análise dos indicadores de qualidade da atenção médica recebida ($n = 9.290$).

A estrutura do questionário da PNS consiste em perguntas separadas sobre o grau de dificuldade para realizar diferentes atividades da vida diária, com opções de respostas variando entre nenhuma dificuldade, pequena dificuldade, grande dificuldade e não consegue. Na presente análise, foram consideradas seis atividades básicas (alimentar-se, tomar banho, usar o toalete, vestir-se, andar em casa de um cômodo a outro no mesmo andar e deitar-se ou levantar-se da cama) e quatro atividades instrumentais da vida diária (fazer compras, administrar as próprias finanças, tomar remédios sozinho e sair de casa sozinho utilizando transporte). A limitação funcional foi atribuída àqueles que informaram ter qualquer dificuldade para realizar pelo menos uma entre as atividades supracitadas.

A fonte de atenção foi categorizada em usuários do sistema público e usuários do sistema privado. Os últimos foram definidos pelo relato de possuir plano de saúde privado, de empresa ou órgão público, exceto plano exclusivamente odontológico. O uso do sistema público foi atribuído àqueles que não possuíam plano privado de saúde, mesmo que, eventualmente, este tenha remunerado a totalidade ou parte da atenção recebida.

Foram considerados cinco indicadores de uso de serviços de saúde: número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses; ocorrência de uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses; especialidade do médico atendente na última consulta (generalista *versus* especialista); existência de um serviço ou médico de referência; e local que costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde, entre aqueles que informaram ter serviço ou médico de referência. O número de consultas médicas foi categorizado como acima (3 ou mais consultas) e abaixo da mediana. A condição de ter um médico ou serviço de referência foi atribuída àqueles que informaram ter um serviço ou um médico que costumam procurar quando precisam de atendimento de saúde. O local da procura foi categorizado como UBS, consultório particular ou clínica privada, serviço de urgência e emergência (unidades de pronto atendimento, pronto-socorro ou emergência de hospital público ou privado) e outro local.

A qualidade da atenção médica recebida foi definida por meio da avaliação do usuário quanto à última consulta realizada. Foram considerados sete indicadores: habilidade do médico para tratar o idoso; respeito do médico na maneira de atendê-lo(a); clareza nas explicações do médico; disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento; possibilidade de falar em privacidade com o médico; liberdade de escolher o médico; e tempo de espera para consulta. No questionário da PNS, as perguntas acerca da percepção do atendimento médico possuem cinco opções de respostas, variando entre muito bom e muito ruim. Nesta análise, as respostas foram categorizadas em muito bom ou bom *versus* regular, ruim ou muito ruim.

A seleção de potenciais variáveis de confusão para a presente análise foi baseada no modelo teórico de Andersen e Newman⁵, considerando fatores predisponentes e facilitadores da utilização de serviços de saúde. Entre os fatores predisponentes, foram considerados sexo e idade (variável contínua). Entre os fatores facilitadores, foram considerados residência com o cônjuge/companheiro(a) (sim ou não) e nível de escolaridade (categorizado em cinco grupos, variando de sem instrução a ensino médio completo ou mais).

As variáveis-resposta foram os indicadores de uso de serviços de saúde e da qualidade da atenção médica recebida, como acima descritos. A exposição de interesse foi a limitação funcional, conforme anteriormente definida.

A análise bivariada foi baseada em estimativas de prevalências e intervalos de confiança de 95%. A regressão linear e o teste Qui-quadrado de Pearson foram utilizados para examinar a significância estatística das diferenças entre médias e proporções, respectivamente.

A análise multivariada da associação entre limitação funcional e os indicadores de uso de serviços de saúde e qualidade da atenção médica foi baseada em estimativas de *odds ratio*

(OR) por meio de regressão logística binária ou multinomial^{14,15}. A última foi utilizada quando a variável-resposta possuía mais de duas categorias, como foi o caso do local de procura por atenção em saúde (quatro categorias) e do número de consultas médicas (três categorias). A regressão logística binária foi utilizada nas demais situações. Os modelos multivariados foram ajustados por idade, sexo, residência com o cônjuge/companheiro(a) e escolaridade. As análises foram estratificadas pela fonte da atenção em saúde (pública e privada).

A regressão logística multinomial e a regressão logística binária foram utilizadas para estimar, respectivamente, as probabilidades preditas da ocorrência de três ou mais consultas médicas e de uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses, segundo a limitação funcional e a fonte da atenção em saúde.

Todas as análises foram realizadas utilizando-se os procedimentos para amostras complexas do pacote estatístico Stata (versão 13.0), considerando-se os pesos dos indivíduos e os parâmetros amostrais.

A PNS foi conduzida respeitando-se os parâmetros constantes na Declaração de Helsinki. A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (Conep – Processo: 328.159, de 26 de junho de 2013)¹³.

RESULTADOS

Entre os 23.815 idosos participantes da amostra, 29,2% (IC95% 27,8–30,7) eram afiliados a plano privado de saúde e 30,1% apresentavam limitação funcional. A prevalência da limitação funcional foi significativamente mais alta entre usuários do sistema público (32,2%) em relação aos do sistema privado (25,1%). Mais detalhes sobre as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa e suas distribuições segundo a fonte da atenção à saúde podem ser vistos na Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise bivariada da associação entre a limitação funcional, indicadores de uso de serviços de saúde e indicadores de qualidade da assistência médica recebida, segundo a fonte da atenção à saúde. O número de consultas médicas e a ocorrência de uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses apresentaram associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$) com a limitação funcional, tanto entre usuários do sistema público quanto entre usuários do sistema privado de saúde. Usuários do sistema público

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes da amostra com 60 anos ou mais de idade, segundo a fonte da atenção em saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. (n = 23.815).

Característica	Total		Fonte da atenção				p ^b
	Média ou percentagem ^a	(IC95%)	Privada		Pública		
			Média ou percentagem ^a	(IC95%)	Média ou percentagem ^a	(IC95%)	
Idade, média	69,9	69,7–70,1	70,2	69,8–70,6	69,8	69,5–70,0	< 0,001
Sexo feminino, %	56,4	42,8–44,4	59,9	58,5–61,3	54,9	54,0–55,9	< 0,001
Vive com o cônjuge/companheiro(a), %	57,0	55,9–58,2	59,8	57,5–62,0	55,9	54,6–57,2	< 0,003
Nível de escolaridade, %							
Nunca estudou	31,8	30,5–33,0	12,8	11,3–14,6	39,6	38,1–41,0	< 0,001
Até fundamental incompleto	39,3	38,1–40,5	35,2	32,8–37,7	41,0	39,6–42,4	
Fundamental incompleto até médio incompleto	8,3	7,7–9,0	10,1	8,9–11,4	7,6	6,9–8,3	
Médio completo ou mais	20,6	19,5–21,9	41,9	39,3–44,6	11,9	11,0–12,8	< 0,001
Limitação funcional ^c , %	30,1	29,2–31,4	25,1	23,4–26,9	32,2	31,1–33,4	< 0,001

^a Médias e percentagens estimadas considerando-se os pesos individuais e os parâmetros amostrais.

^b Teste Qui-quadrado de Pearson para diferenças entre frequência e regressão linear para diferença entre as médias.

^c Dificuldade para realizar uma ou mais atividades básicas ou instrumentais da vida diária.

referiram maior proporção de atendimentos por médico generalista independentemente da limitação funcional em relação a usuários do sistema privado. Nesse último, a percentagem de atendimento por esse profissional foi significativamente mais alta entre idosos com limitações funcionais em comparação aos seus pares sem essas limitações. A UBS foi o local de maior procura por atenção em saúde entre usuários do sistema público com e sem limitação funcional, ao passo que, em ambos os grupos, o consultório ou clínica particular foi o local predominante de procura pelos idosos cobertos por plano privado de saúde. Quando comparados aqueles com e sem limitações funcionais, destaca-se a maior procura pela UBS entre usuários do sistema privado com limitações (18,2%) em comparação aos usuários do mesmo sistema sem limitações (9,8%). Na análise bivariada, outros indicadores de uso de serviços e da qualidade da atenção recebida não apresentaram associações estatisticamente significantes com a limitação funcional. Destaca-se, contudo, que, na maioria dos indicadores de satisfação com a qualidade da atenção médica recebida, as prevalências dos que avaliaram esses quesitos como bons ou muito bons foram acima de 75% para a maioria dos indicadores analisados tanto no sistema público quanto no privado. As prevalências mais baixas foram para a liberdade de escolha do médico e o tempo de espera, que foram mais baixas entre usuários do sistema público.

Na Tabela 3 estão apresentados os resultados da análise multivariada da associação entre limitação funcional e os indicadores acima mencionados. Após ajustes por fatores predisponentes e facilitadores, o número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses apresentou forte associação com a limitação funcional tanto entre usuários do sistema público (OR = 1,39; IC95% 1,18–1,63

Tabela 2. Análise bivariada da associação entre limitação funcional^a, indicadores de uso de serviços de saúde e indicadores de qualidade da assistência médica na última consulta realizada entre participantes da amostra com 60 anos ou mais, segundo a fonte da atenção em saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Indicador	Público				Privado			
	Com limitação		Sem limitação		Com limitação		Sem limitação	
	% ^b	IC95% ^b	% ^b	IC95% ^b	% ^b	IC95% ^b	% ^b	IC95% ^b
Uso de serviços de saúde (n = 23.815)								
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses								
Nenhuma	12,6	11,4–13,9	23,2	22,0–24,4 ^c	4,8	3,0–7,4	9,9	8,4–11,6 ^c
1–2	24,0	22,3–25,8	31,5	30,1–32,9	20,9	17,6–24,8	33,9	31,3–36,6
≥ 3	63,4	61,4–65,4	45,4	43,8–47,0	74,3	70,2–78,1	56,2	53,4–59,0
Uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses								
	16,2	14,6–18,0	6,4	5,7–7,1 ^c	20,3	16,9–24,1	9,2	7,7–11,0 ^c
Atendimento por médico generalista na última consulta ^d								
	65,7	63,9–70,9	68,3	65,7–70,7	38,5	31,8–45,6	28,9	25,3–32,8 ^c
Possui serviço de saúde ou médico de referência								
	79,1	77,2–80,9	76,9	75,3–78,4	85,3	81,5–88,0	82,9	80,5–85,1
Local que costuma procurar (entre os que possuem serviço ou médico de referência)								
Unidade básica de saúde	59,0	56,1–61,9	62,4	60,3–64,5 ^c	18,2	14,2–23,1	9,8	8,0–11,9 ^c
Consultório ou clínica particular	7,8	6,6–9,2	8,9	7,7–10,2	54,3	49,0–59,5	59,4	55,6–63,2
Serviço de urgência ou emergência	13,5	11,7–15,6	10,7	9,5–12,2	19,9	15,9–24,6	20,9	17,8–24,4
Outro	19,7	17,6–21,9	18,0	16,4–19,6	7,6	5,7–10,1	9,9	7,9–12,3
Qualidade da atenção médica na última consulta (muito boa/boa versus regular/ruim/muito ruim) (n = 9.290)								
Habilidade do médico para tratá-lo(a)	88,6	86,4–90,5	88,5	86,6–90,2	94,5	92,3–96,1	95,2	92,9–96,8
Respeito do médico na maneira de atendê-lo(a)	90,1	87,8–92,0	90,8	89,0–92,4	95,6	92,8–97,3	96,1	94,1–97,4
Clareza nas explicações do médico	83,2	80,1–86,0	85,9	83,7–87,8	92,5	89,4–94,8	93,3	90,9–95,1
Disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema	78,7	75,5–81,5	79,7	77,2–82,0	89,2	85,5–92,0	91,3	88,7–93,4
Possibilidade de falar em privado com o médico	83,8	81,0–86,3	84,6	82,4–86,6	91,9	88,8–94,2	92,9	90,3–94,8
Liberdade de escolher o médico	56,0	52,3–59,6	58,2	55,2–61,1	77,7	71,1–83,2	83,6	79,8–86,7
Tempo de espera para ser atendido	59,0	55,4–62,5	62,0	59,3–64,7	73,9	67,8–79,2	72,2	67,7–76,3

^a Dificuldade para realizar uma ou mais atividades básicas ou instrumentais da vida diária.

^b Percentagens e intervalos de confiança de 95% estimados considerando-se os pesos individuais e os parâmetros amostrais.

^c $p < 0,05$ para diferenças entre os grupos com e sem limitação funcional (teste Qui-quadrado de Pearson).

^d Médico generalista ou médico de família e comunidade ou clínico geral.

para 1–2 consultas e OR = 2,48; IC95% 2,13–2,88 para três ou mais consultas) quanto do sistema privado (OR = 1,20; IC95% 0,69–2,09 e OR = 2,56; IC95% 1,50–4,36, respectivamente). A limitação funcional também apresentou forte associação com ocorrência de uma ou mais hospitalizações em ambos os grupos (OR = 2,58; IC95% 2,15–3,09 e OR = 2,22; IC95% 1,64–3,00, respectivamente). A associação entre limitação funcional e o atendimento por médico generalista no sistema privado, anteriormente mencionada, perdeu significância estatística na análise multivariada. O maior uso da UBS entre usuários do sistema privado com limitações permaneceu após ajustes por essas covariáveis (OR = 2,01; IC95% 1,12–3,59). Entre usuários do sistema público (mas não do sistema privado), a liberdade da escolha do médico e o tempo de espera para ser atendido apresentaram associações independentes e negativas com a limitação funcional (OR = 0,81; IC95% 0,67–0,99 e OR = 0,76; IC95% 0,62–0,93, respectivamente).

Na Figura são mostradas as probabilidades previstas da ocorrência de três ou mais consultas médicas e de uma ou mais hospitalizações nas diferentes idades, segundo a limitação funcional e a fonte de atenção. A probabilidade de ocorrência de três ou mais consultas médicas apresentou clara estratificação em todas as idades, com maior probabilidade de ocorrência entre idosos com limitações funcionais usuários do sistema privado, seguida por aqueles com limitações funcionais usuários do sistema público e por aqueles sem limitações funcionais usuários dos sistemas privado e público, respectivamente. A mesma estratificação foi observada para a probabilidade de ocorrência de uma ou mais hospitalizações.

Tabela 3. Associação entre limitação funcional^a e indicadores de uso de serviços de saúde e indicadores de qualidade da assistência médica na última consulta realizada entre participantes da amostra com 60 anos ou mais, segundo a fonte da atenção em saúde (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013).

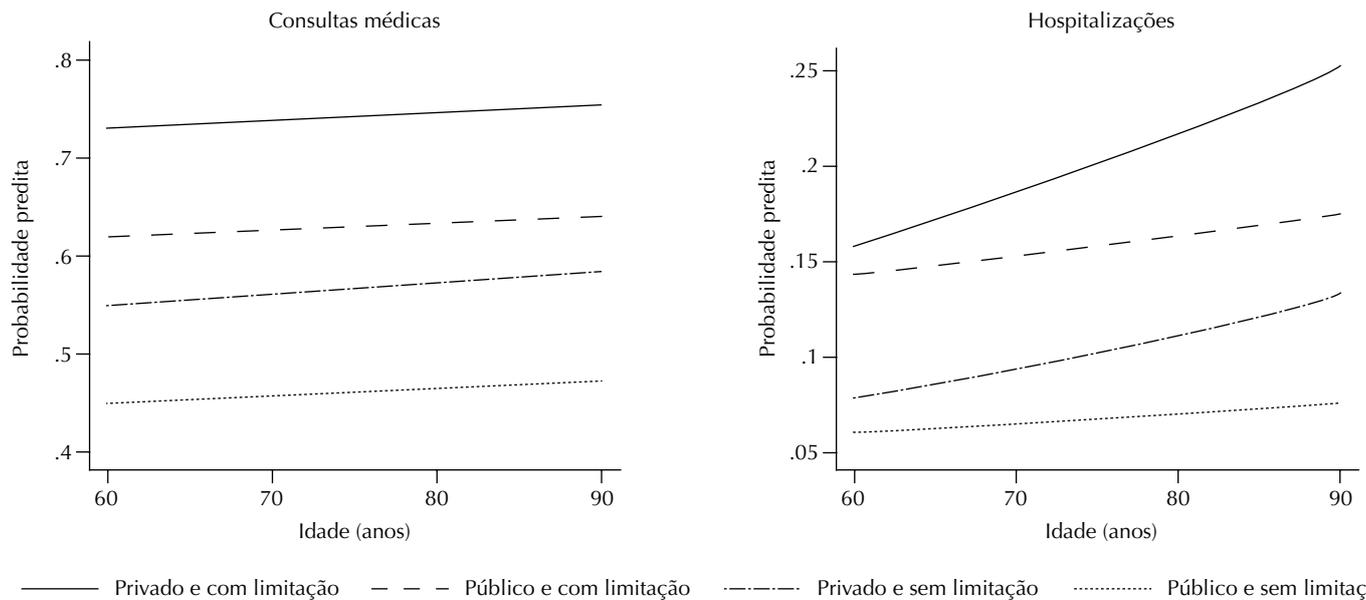
Indicadores	Pública ^b		Privada ^b	
	OR	IC95%	OR	IC95%
Uso de serviços de saúde (n = 23.815)				
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses (<i>versus</i> nenhuma)				
1–2	1,39	1,18–1,63 ^c	1,20	0,69–2,09
≥ 3	2,48	2,13–2,88 ^c	2,56	1,50–4,36 ^c
Uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses	2,58	2,15–3,09 ^c	2,22	1,64–3,00 ^c
Atendimento por médico generalista na última consulta ^d	0,99	0,82–1,29	0,93	0,62–1,38
Possui serviço de saúde ou médico de referência	1,15	1,00–1,32	1,11	0,82–1,52
Local que costuma procurar (entre os que possuem serviço ou médico de referência) (<i>versus</i> outros)				
Unidade básica de saúde	0,88	0,74–1,05	2,01	1,12–3,59 ^c
Consultório ou clínica particular	0,86	0,64–1,14	1,28	0,83–1,97
Serviço de urgência ou emergência	1,18	0,93–1,51	1,36	0,79–2,32
Qualidade da atenção médica na última consulta (muito boa/boa <i>versus</i> regular/ruim/muito ruim) (n = 9.290)				
Habilidade do médico para tratá-lo(a)	0,95	0,73–1,23	0,74	0,38–1,42
Respeito do médico na maneira de atendê-lo(a)	0,87	0,65–1,15	0,84	0,41–1,74
Clareza nas explicações do médico	0,76	0,57–1,00	0,80	0,47–1,37
Disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema	0,86	0,67–1,11	0,78	0,48–1,28
Possibilidade de falar em privado com o médico	0,87	0,66–1,14	0,73	0,41–1,31
Liberdade de escolher o médico	0,81	0,67–0,99 ^c	0,64	0,38–1,09
Tempo de espera para ser atendido	0,76	0,62–0,93 ^c	0,95	0,63–1,43

^a Dificuldade para realizar uma ou mais atividades básicas ou instrumentais da vida diária.

^b *Odds ratio* e intervalo de confiança de 95% ajustado por idade, sexo, residência com o cônjuge ou companheiro e nível de escolaridade e estimados por regressão logística multinomial (número de consultas médicas e local que costuma procurar) e regressão logística binária (demais eventos); a categoria de exposição foi a limitação funcional e as variáveis-resposta foram os indicadores de uso de serviços de saúde e qualidade da atenção médica recebida.

^c $p < 0,05$ (teste de Wald).

^d Médico generalista ou médico de família e comunidade ou clínico geral.



^a Modelos ajustados por idade, sexo, residência com o cônjuge ou companheiro(a) e nível de escolaridade e estimados por regressão logística multinomial (número de consultas) e regressão logística binária (hospitalizações).

^b Dificuldade para realizar uma ou mais atividades básicas ou instrumentais da vida diária.

Figura. Probabilidade predita^a da ocorrência de três ou mais consultas médicas e de uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses nas diferentes idades, segundo a limitação funcional^b e a fonte da atenção em saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho mostram que idosos com limitações funcionais realizam mais consultas médicas e são mais propensos à ocorrência de hospitalizações, independentemente de fatores predisponentes, como idade e sexo, assim como de características facilitadoras, como residência com o cônjuge/companheiro(a) e nível de escolaridade. Foram observadas fortes associações entre limitação funcional e maior número de consultas médicas, assim como entre limitação funcional e ocorrência de uma ou mais hospitalizações, tanto no sistema público quanto no privado.

Estes resultados são similares àqueles de inquéritos nacionais que observaram associação entre limitação funcional e maior número de consultas médicas ou ocorrência de hospitalizações em países tão distintos como Estados Unidos¹, China², Coreia do Sul¹⁶ e Taiwan³. A principal explicação para o maior uso de serviços de saúde por idosos com limitações funcionais reside na maior prevalência de doenças crônicas e de comorbidades (e ao risco de complicações a elas relacionadas), que, por sua vez, levam ao maior uso de medicamentos^{1,2,17}.

A consulta médica é um aspecto positivo da atenção em saúde, por ser uma oportunidade para diagnóstico precoce, prevenção, tratamento¹⁸ e encaminhamento para reabilitação, quando oportuno. Entretanto, o uso excessivo de serviços de saúde é um marcador da atenção com baixa resolutividade. As hospitalizações, particularmente, podem ser evitadas, se desnecessárias. De fato, complicações de várias doenças podem ser evitadas com ações efetivas da atenção primária¹⁹. Um estudo brasileiro, baseado em cerca de 60 milhões de hospitalizações ocorridas entre 1999 e 2007 no âmbito do SUS, mostrou que áreas geográficas com mais hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária eram aquelas com mais hospitais privados ou hospitais beneficentes e com baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família. Em contraste, as hospitalizações por essas condições eram menos frequentes nas áreas com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família e menos leitos privados ou beneficentes²⁰. A atenção primária de qualidade é uma estratégia importante para evitar hospitalizações desnecessárias de idosos com limitações funcionais.

Poucos estudos, baseados em amostras nacionais representativas, examinaram as desigualdades sociais associadas ao uso de serviços de saúde por idosos com limitações funcionais.

Nos Estados Unidos, a contribuição relativa da limitação funcional para a realização de consultas médicas e de hospitalizações é maior entre negros e latinos do que entre os brancos¹. Uma importante expressão das desigualdades sociais no Brasil é o acesso à medicina suplementar, que depende da capacidade de pagamento⁶. Pesquisas anteriores mostraram que os usuários do sistema privado apresentam melhores condições de saúde e usam mais serviços de saúde em comparação aos usuários do sistema público^{6,7}. Os resultados da presente análise são consonantes com essas observações. A prevalência da limitação funcional foi 28% mais alta entre usuários do sistema público em comparação aos do sistema privado. Em termos absolutos, os usuários do sistema público – com e sem limitações funcionais – realizaram menos consultas médicas e foram menos hospitalizados em comparação àqueles do sistema privado. Dentro do mesmo sistema, entretanto, nossos resultados indicam que a força das associações entre a limitação funcional e o número de consultas médicas e de hospitalizações foi semelhante entre usuários dos dois sistemas.

Em decorrência da forma de organização, os planos privados de saúde oferecem mais consultas com especialistas e seus usuários buscam atenção predominantemente em consultórios particulares ou clínicas privadas⁸. Em contraste, o sistema público oferece mais consultas com médicos generalistas e o local predominante da procura por atenção é a UBS⁸. Nossos resultados são consistentes com esses padrões e mostram que, independentemente do sistema de saúde (público ou privado), a limitação funcional não está associada ao tipo do médico atendente, nem à existência de serviço ou profissional de referência. Por outro lado, no sistema privado (mas não no público), observou-se maior propensão dos idosos com limitações funcionais a procurarem a UBS, que é uma unidade de atendimento do sistema público. A interpretação desse resultado não é intuitiva, uma vez que o local da procura por atenção depende de vários fatores, muitos dos quais não foram incluídos na presente análise^{8,21}. Uma possível explicação é que a localização próxima do domicílio ou o modelo de atenção primária adotado por essas unidades seja mais conveniente, na percepção dos usuários, às necessidades daqueles com limitações funcionais^d. Nossa análise é limitada para examinar a questão, mas esse achado chama atenção para a necessidade de investigações mais profundas para um melhor entendimento das necessidades da atenção em saúde aos idosos com limitações funcionais.

A percepção do usuário acerca da atenção em saúde é um importante instrumento para avaliação dos sistemas de saúde²². No Brasil, estudos de base populacional com base na percepção do usuário acerca da atenção recebida ainda são raros, pois até recentemente inexistiam dados de abrangência nacional sobre o tema⁸. Nossos resultados mostram que, em geral, a avaliação pelo usuário da qualidade da atenção médica recebida foi positiva. Entretanto, essa avaliação foi um pouco pior no sistema público em relação ao privado, sobretudo pela falta de liberdade de escolher o médico e pelo longo tempo de espera para ser atendido, em consonância com o padrão recentemente descrito para o conjunto da população adulta brasileira⁸. Nossos resultados mostram também que, entre os usuários do sistema privado, a avaliação dos sete indicadores de qualidade foi similar entre aqueles com e sem limitação funcional. No sistema público, somente dois indicadores mostraram associação com a limitação funcional – liberdade de escolha do médico e tempo de espera para consulta. Para ambos, a prevalência da avaliação desses indicadores como bons ou muito bons foi menor entre aqueles com limitação funcional (OR < 1,0).

A principal vantagem deste estudo é a grande base populacional, com representatividade nacional. Por outro lado, o estudo tem limitações inerentes à natureza transversal da pesquisa, às informações não contempladas na PNS e à disponibilização dos dados para análises. Além disso, a limitação funcional neste trabalho incluiu pequena dificuldade para realizar atividades da vida diária, assim como estudos recentes conduzidos em outros países¹⁰. Portanto, é possível que análises baseadas na gravidade da limitação funcional mostrem associações ainda mais fortes que as observadas neste trabalho.

Em resumo, os resultados deste trabalho mostram forte associação entre a limitação funcional, a realização de consultas médicas e a ocorrência de hospitalizações. Em função

^d Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília (DF); 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde; (Série Pactos pela Saúde 2006, 12).

do rápido envelhecimento da população brasileira, espera-se aumento no número de idosos com limitações funcionais. Caso não sejam ampliadas medidas efetivas para promoção da saúde e prevenção nos seus vários níveis, o aumento da demanda por atenção em saúde será inevitável, tanto para o sistema público quanto para o sistema privado de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Bowen ME, González HM. Racial/ethnic differences in the relationship between the use of health care services and functional disability: the Health and Retirement Study (1992–2004). *Gerontologist*. 2008;48(5):659-67. <https://doi.org/10.1093/geront/48.5.659>.
2. Gong CH, Kendig H, He X. Factors predicting health services use among older people in China: an analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:63. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1307-8>.
3. Wang HH, Shyu YL, Chang HY, Bai YB, Stanaway F, Lin JD, et al. Prevalence, characteristics, and acute care utilization of disabled older adults with an absence of help for activities of daily living: findings from a nationally representative survey. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:28-33. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.007>.
4. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Supl 2:S190-8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.
5. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973;51(1):95-124.
6. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
7. Macinko J, Lima-Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health*. 2012;17(1):36-42. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02866.x>.
8. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, Malta DC. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(2):339-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19332015>.
9. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(4):1199-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>.
10. Solé-Auró A, Crimmins EM. Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing Soc*. 2014;34(3):495-517. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12001134>.
11. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):604-12. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000037>.
12. Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2014;30(3):599-610. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090913>.
13. Souza-Junior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):207-16. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>.
14. Blizzard L, Hosmer DW. The log multinomial regression model for nominal outcomes with more than two attributes. *Biom J*. 2007;49(6):889-902. <https://doi.org/10.1002/bimj.200610377>.
15. Long JS, Freese J. Regression models for categorical dependent variables using stata. 2.ed. College Station, TX: StataCorp LP; 2006.
16. Jeon B, Kwon S, Kim H. Health care utilization by people with disabilities: a longitudinal analysis of the Korea Welfare Panel Study (KoWePS). *Disabil Health J*. 2015;8(3):353-62. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.01.001>.
17. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(12):2657-67. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200015>.

18. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(9):3807-16. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000016>.
19. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saude Publica*. 2009;25(6):1337-49. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>.
20. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The Influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999–2007. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1963-70. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.198887>.
21. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):687-707. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>.
22. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:117. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-117>.

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: AMMS, JVMM, SVP, DCM, MFLC. Análise e interpretação dos dados: AMMS, JVMM, SVP, DCM, MFLC. Preparação e redação do manuscrito: AMMS, JVMM, SVP, DCM, MFLC. Revisão crítica do manuscrito: AMMS, JVMM, SVP, DCM, MFLC. Aprovação final: AMMS, JVMM, SVP, DCM, MFLC.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.