

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde
entre a população idosa do município de São Paulo.**

Marília Cristina Prado Louvison

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia
Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Lebrão

São Paulo
2006

Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo.

Marília Cristina Prado Louvison

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do Título de Mestre em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia
Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Lebrão

**São Paulo
2006**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

AGRADECIMENTOS

*A minha família, meus pais, mesmo distantes, minha irmã,
meu marido e especialmente às minhas filhas,
por toda compreensão e apoio nesse
e em outros sonhos.*

*A minha orientadora, por acreditar e possibilitar
que este sonho se tornasse realidade.*

*Aos professores, funcionários e alunos da Faculdade de Saúde
Pública, que me apoiaram na obtenção e análise dos dados
e em todas as fases desse estudo.*

*A todos os meus amigos, alunos e professores,
por tudo que sempre me ensinaram e me apoiaram.*

*A todos os idosos, entrevistados ou não, que
me permitiram conhecê-los melhor.*

*“A melhor teoria é a que mobiliza a ação de
investigação e transformação.
A pior teoria é a que imobiliza, por mais
coerente que possa parecer.”
Castellanos, 1997*

RESUMO

Louvison MCP. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.

Objetivos: Este estudo é parte do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), com o objetivo de identificar as desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde entre os idosos no município de São Paulo, Brasil. **Métodos:** Em 2000, foram entrevistados, 2143 indivíduos com 60 anos ou mais, utilizando-se o questionário padronizado do SABE. A amostra foi obtida em dois estágios, utilizando-se setores censitários com reposição, probabilidade proporcional à população e complementação da amostra de pessoas de 75 anos. Os dados finais foram ponderados, de forma a serem expandidos. Foi mensurado o uso de serviços hospitalares (internações) e ambulatoriais (consultas médicas) nos últimos quatro meses e o não uso de serviços de saúde (mesmo precisando), relacionando-os com fatores de capacidade, necessidade e predisposição (renda total, escolaridade, seguro saúde, morbidade referida, auto-percepção, sexo e idade). **Resultados:** A proporção dos entrevistados que referiu ter utilizado algum serviço de saúde, nos últimos quatro meses, foi de 4,7% com relação à internação hospitalar e 64,4% com referência ao atendimento ambulatorial. Dos atendimentos ambulatoriais, 24,7% ocorreu em hospital público e 24,1% em serviço ambulatorial público sendo que nos serviços privados, 14,5% ocorreu em hospital e 33,7% em clínicas. A não utilização foi relacionada à pouca gravidade da doença, qualidade e distância dos serviços e custo. Na regressão logística multivariada, observou-se associação entre a utilização de serviços e sexo, presença de doenças, auto-percepção de saúde, interação da renda e escolaridade e posse de seguro saúde, sendo que a escolaridade isoladamente apresentou efeito inverso. **Conclusão:** Foram observadas desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde e inadequação do modelo de atenção, indicando necessidade de políticas públicas que levem em conta as especificidades dessa população, facilitem o acesso e possam reduzir essas desigualdades.

Descritores: Desigualdades em saúde, Uso e acesso aos serviços de saúde, Modelo de atenção em saúde do idoso

ABSTRACT

Louvison MCP. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo /Inequalities in use and access to health care services among the elderly population in São Paulo. [Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.

Objectives: This research is part of a project called Health, Well-being and Aging in Latin America and the Caribbean, “SABE study”, and aims to study the inequalities in use and access to health care services among the elderly persons in the Municipality of São Paulo, Brazil. **Methods:** In 2000, 2.143 individuals aged 60 or older, dwelling in the urban area of São Paulo, were interviewed using census sectors with replacement and probability proportional to population. To achieve the desired number of respondents 75 or older, additional homes close to the selected census sector were used, with weighting of the final results. The use and access to health services were measured for outpatient medical services and hospital admission in the context of the personal characteristics of the subjects, context and need for health care. **Results:** Considering the elderly who needed healthcare assistance in the four months prior to the interview, 4,7% were hospitalized and 64,4% needed ambulatory care, being 24,7% in public hospitals and 24,1% in public ambulatory health services. As for the private services, this number was 14, 5% for hospitals and 33, 7% for medical clinics. In the multivariate analysis, there is an association between use of health services, sex, diseases, wealth quintiles and health insurance. However, the opposite effect was found for the variable “educational level”. **Conclusions:** The results demonstrate inequalities in use and access to health services and a problematic health care system. Public policies should take into account the different needs of this older population, in order to facilitate access to health care services and reduce inequalities.

Keywords: Inequalities in health, use and access to health care services, health services for the aged

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS.....	33
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
5. CONCLUSÃO.....	92
6. BIBLIOGRAFIA.....	94
7. ANEXOS.....	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Distribuição dos idosos entrevistados e população que representa, segundo sexo e faixa etária, no Município de São Paulo, em 2000.....	42
Tabela 02 - Distribuição dos idosos, segundo escolaridade, no Município de São Paulo, em 2000.....	43
Tabela 03 – Ocupação atual dos idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	44
Tabela 04 – Distribuição dos idosos, segundo tipo de atividade exercida, no Município de São Paulo, em 2000.....	45
Tabela 05 - Distribuição dos idosos, segundo tipo de ocupação, no Município de São Paulo, em 2000.....	46
Tabela 06 - Distribuição segundo posse da casa que reside, no Município de São Paulo, em 2000.....	46
Tabela 07 – Distribuição segundo sistema de esgoto da residência, no Município de São Paulo, em 2000.....	47
Tabela 08 – Idosos com recursos financeiros suficientes para suas necessidades, segundo sexo, no Município de São Paulo, em 2000.....	47
Tabela 09 – Renda dos idosos, segundo sexo, no Município de São Paulo, em 2000.....	49
Tabela 10 – Dependência dos recursos dos idosos, segundo sexo, no Município de São Paulo, em 2000.....	49
Tabela 11 – Fonte de receitas dos idosos no Município de São Paulo, em 2000.....	50
Tabela 12 – Valores de corte, em reais e em salários mínimos, dos quintis de renda total dos idosos, segundo sexo, no Município de São Paulo, em 2000.....	51
Tabela 13 – Distribuição dos idosos por quintis de renda, segundo sexo e idade, no Município de São Paulo, em 2000.....	51
Tabela 14 - Frequência à escola dos idosos, segundo classe de renda , no Município de São Paulo, em 2000.....	52.
Tabela 15 - Distribuição dos idosos, segundo a auto-percepção de saúde, no Município de São Paulo, em 2000.....	53
Tabela 16 – Porcentagem de auto percepção de saúde dos idosos, na infância, segundo situação econômica na infância, no Município de São Paulo, em 2000.....	54

Tabela 17 - Doenças Crônicas auto-referidas pelos idosos, em porcentagem, segundo idade e sexo, no Município de São Paulo, em 2000.....	56
Tabela 18 – Distribuição dos idosos, segundo doenças crônicas auto referidas, no Município de São Paulo, em 2000.....	56
Tabela 19 - Auto-percepção de saúde, em porcentagem, segundo doenças crônicas referidas, no Município de São Paulo, em 2000.....	57
Tabela 20 – Porcentagem de controles das doenças crônicas auto-referidas pelos idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	58
Tabela 21 - Distribuição dos idosos, segundo dependência de seguro saúde, no Município de São Paulo, em 2000.....	62
Tabela 22 - Porcentagem de coberturas dos seguros/planos privados dos idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	64
Tabela 23 – Posse de seguro saúde pelos idosos, segundo renda e escolaridade, no Município de São Paulo, em 2000.....	65
Tabela 24 - Situação vacinal dos idosos, segundo sexo, no Município de São Paulo, em 2000.....	66
Tabela 25 - Uso e acesso aos serviços de saúde, nos últimos quatro e doze meses, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	67
Tabela 26 – Distribuição dos motivos de não ter ido aos serviços, mesmo precisando, nos últimos quatro e doze meses, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	70
Tabela 27 – Motivos de não ter utilizado os serviços, mesmo precisando, segundo menor renda, em porcentagem, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	71
Tabela 28 – Taxa de internação hospitalar dos idosos, segundo posse de seguro saúde, no Município de São Paulo, em 2000.....	72
Tabela 29 – Taxa de internações hospitalares dos idosos, nos últimos quatro meses, segundo doenças crônicas auto referidas e renda, no Município de São Paulo, em 2000.....	73

Tabela 30 – Taxa de internação hospitalar dos idosos, nos últimos quatro meses, segundo frequência à escola, no Município de São Paulo, em 2000.....	73
Tabela 31 – Distribuição das internações hospitalares dos idosos, por frequência, nos últimos quatro meses, no Município de São Paulo, em 2000.....	74
Tabela 32 – Distribuição dos serviços utilizados nos últimos quatro e doze meses, segundo tipologia de serviço, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	75
Tabela 33 - Distribuição dos serviços utilizados nos últimos quatro meses, segundo categoria de serviço, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	76
Tabela 34 - Tipologia de serviço utilizada segundo seguro social, em porcentagem, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	77
Tabela 35 - Tipologia de serviços utilizados, segundo sexo, idade e quintis de renda, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	79
Tabela 36 - Tempo para agendamento de consulta, ir ao serviço e ser atendido na última consulta, segundo frequência à escola, no Município de São Paulo, em 2000.....	81
Tabela 37 – Pagamentos para a realização da última consulta, exames, medicamentos e última internação realizada pelos idosos, segundo desembolso, no Município de São Paulo, em 2000.....	82
Tabela 38 - Uso de serviços ambulatoriais de saúde pelos idosos, segundo posse de seguro saúde, no Município de São Paulo, em 2000.....	83
Tabela 39 – Consultas utilizadas, segundo renda e doenças referidas, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	83
Tabela 40 - Uso de serviços de saúde nos últimos quatro meses, Segundo escolaridade, em porcentagem, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	84
Tabela 41 - Uso de serviços de saúde, segundo variáveis de determinação utilizadas na regressão logística múltipla , entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	87
Tabela 42 - Modelo final da análise uni e multivariada do uso de serviços de saúde, segundo características de predisposição, capacitação e necessidade, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Auto-percepção de saúde dos idosos , segundo renda, sexo e idade, no Município de São Paulo, em 2000.....	55
Gráfico 02 - Distribuição dos idosos, segundo referência à posse de seguro saúde, no Município de São Paulo, em 2000.....	62
Gráfico 03 - Uso e Acesso de serviços de saúde, nos últimos quatro meses, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	69
Gráfico 04 - Uso de serviços de saúde nos últimos doze meses, segundo tipologia e categoria do serviço, entre idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	76
Gráfico 05 - Tipologia de serviços utilizados segundo quintis de renda, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	78
Gráfico 06 - Uso de serviços de saúde, acumulado por quintis de renda, segundo sexo e idade, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	85
Gráfico 07 - Porcentagem de uso por escolaridade em anos, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.....	86

1. INTRODUÇÃO:

A população humana vem sofrendo, ao longo do tempo, profundas transformações na sua composição, observadas, principalmente, pelo aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos. O processo de envelhecimento populacional ocorreu mais profundamente nos países desenvolvidos, mas se intensificou nos últimos anos nos países da América Latina, inclusive no Brasil, de maneira diferenciada nas várias regiões (1,2).

A partir da década de oitenta, a pirâmide etária da população brasileira sofreu profundas modificações, em função do efeito combinado da redução dos níveis de mortalidade e de fecundidade. O processo de envelhecimento populacional ocorreu em função da redução da participação relativa de crianças e jovens e conseqüente aumento do peso proporcional de adultos e idosos (3,4).

Esse processo ocorre atualmente, de maneira rápida e intensa, sendo que os idosos, que em 1980, representavam 6,3% da população total brasileira, em 2025, poderão representar 14%, num total de 32 milhões de pessoas, colocando-se como o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas (5-7).

Conforme relatório do IBGE, em 2000, enquanto as crianças de 0 a 14 anos correspondiam a 30% da população total, os idosos com 65 anos ou mais representavam 5%. Em 2050, ambos os grupos terão participação semelhante, em torno de 18% da população total. O índice de envelhecimento em 2000 indicava que para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 18,3 idosos de 65 anos ou mais, enquanto em 2050 a relação poderá ser de 100 para 105,6. Em 2000 eram 1,8 milhão de pessoas com 80 anos ou mais e, em 2050, poderão ser 13,7 milhões de pessoas na mesma faixa etária (8).

O crescimento demográfico da população brasileira acima de 60 anos, introduz grandes desafios às políticas públicas, em particular nos grandes centros urbanos. Principalmente nestes, convive-se com altos graus de pobreza e desigualdades, baixa escolaridade e arranjos familiares pouco continentais, que geram necessidades de intervenções mais rápidas e equânimes, além de respostas às novas demandas assistenciais que, transcendem os núcleos familiares e, os possíveis cuidadores, familiares ou não. Além disso, com o prolongamento da vida, aumenta-se a necessidade da atenção à saúde, cada vez com maior incorporação tecnológica

no sentido da manutenção de vida dessa população, o que causa um grande impacto no sistema de saúde e em toda a sociedade (9,10).

A mudança rápida na estrutura etária, se por um lado minimiza os problemas de saúde relacionados às crianças e aos jovens, por outro lado, gera um grande problema relacionado aos idosos, numa sociedade que não teve tempo de incorporar essas mudanças. Associado à redução na morbidade e mortalidade por doenças infecciosas, as doenças crônicas não transmissíveis se tornam mais prevalentes (11,12). O conceito de transição epidemiológica refere-se, portanto, às modificações de padrões de morbidade, invalidez e morte que ocorreram na população ao mesmo tempo. O processo engloba três mudanças básicas; substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas como causas de morte; deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e transformação de uma situação onde predomina a mortalidade para outra onde a morbidade é predominante (13).

No Brasil se verificam distintos padrões para as diversas regiões em função das disparidades regionais e sociais. Uma consequência desse processo se refere ao prolongamento da vida, sem resolução ou melhora da sobrecarga de doenças, o que representa piora da qualidade de vida. A utilização dos serviços de saúde, na forma de sua organização atual, ao ter como foco apenas a redução de mortalidade, pode contribuir para o incremento na morbidade, na medida em que provoca a extensão da vida com pouca capacidade de repercussão na sua qualidade (14).

A superposição de agravos gera uma crescente demanda aos serviços de saúde com incremento dos custos da assistência médica, na medida em que o novo padrão epidemiológico requer assistência mais especializada, com incorporação de tecnologias de mais alto custo. O incremento dessa demanda indica para a necessidade de uma ampliação e reestruturação da rede de assistência, cuja eficácia vem sendo sistematicamente questionada (15,16).

Uma grande preocupação se refere aos custos da atenção hospitalar. O uso dos serviços de saúde e seu impacto financeiro estão relacionados ao aumento da demanda por determinados procedimentos e incorporação de tecnologias. Apesar de não ser prerrogativa do idoso, com o envelhecimento populacional, tornam-se importantes estudos que verifiquem os impactos frente às demandas específicas do

idoso, como alguns que propõe o acompanhamento da evolução de uso e impacto financeiro através das DRG* (Doenças Relacionadas por Grupos) mais utilizadas pelo idoso (17,18).

As doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade e o idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (19).

Ao identificar-se o aumento da população idosa, a mudança no perfil de morbi-mortalidade e o provável impacto no uso dos serviços, é importante verificar como essa utilização ocorre, frente às necessidades de saúde. Necessidades em saúde são quaisquer distúrbios da saúde e do bem estar que podem acarretar demandas ao sistema de saúde. Segundo Pereira, as necessidades das pessoas em termos de saúde, havendo serviços disponíveis, transformam-se em demandas que por sua vez, geram a utilização dos serviços (20).

Necessidades de saúde podem ainda ser traduzidas como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde, determinadas por consenso social, desenvolvimento tecnológico e disponibilidades, legitimadas pela população usuária e pelos atores do sistema. O estudo das necessidades de serviços de saúde, mesmo quando incorpora o conceito de risco epidemiológico, de demanda e de utilização, não é suficiente para explicar o comportamento das pessoas frente aos serviços de saúde (21).

O planejamento e a programação em saúde precisam levar em conta as necessidades dos cidadãos e suas demandas, ao mesmo tempo em que as relaciona à oferta dos serviços de saúde (22). No caso dos idosos, acredita-se que, na relação com os serviços de saúde, há uma maior limitação do acesso, decorrente das características próprias dessa população e da organização da rede de serviços, ou seja, da pouca disponibilidade dos recursos.

* DRG (Diagnosis-Related Group) é um sistema de classificação americano que organiza as internações hospitalares por categorias similares de diagnóstico e tratamento. Utiliza-se habitualmente a APS-DRG (all-payer severity-adjusted diagnosis-related-group) que classifica as DRGs em grupos baseados em severidade que, por sua vez, correspondem à um custo estimado, controlado pelas variações dos serviços hospitalares.

Os vários fatores que agem na demanda por serviços de saúde são de natureza variada: necessidade sentida, fatores psicossociais, seguridade social, demografia, epidemiologia, utilização dos serviços, regulamentação e fatores culturais. A princípio, os fatores que atuam sobre a demanda não podem ser rapidamente contidos, enquanto os da oferta são muito mais facilmente controlados. No entanto, é conhecida a “Lei de Roemer”, que indica que para cada leito disponível, este será utilizado, ou seja, que a oferta gera demanda e favorece o uso, mesmo que desordenado (23,24).

O termo demanda tem o sentido de ir a busca de um bem ou um serviço de saúde, relacionada tanto com a necessidade como com a oferta. É a necessidade que se transforma em ação. Pereira (20) conceitua demanda em potencial como o mesmo que necessidade e demanda reprimida como uma necessidade reconhecida que não chega a ser transformada em procura por atendimento, pois esse é julgado não disponível. Essa necessidade não satisfeita, de não procurar os serviços de saúde, mesmo julgando necessário, pode ser utilizado para verificar e possibilitar intervenções quanto à melhoria do acesso.

Mas, em geral, no âmbito dos serviços de saúde, apenas a demanda que procurou o serviço e não foi atendida[†] é considerada como demanda reprimida o que, subestima a real magnitude do problema de acesso. Os inquéritos populacionais permitem a identificação de demandas potenciais que não chegam às portas dos serviços e que podem traduzir desigualdades e exclusões. Ou seja, pode relacionar com maior pertinência as chamadas necessidades, acesso, demanda, oferta e utilização de serviços de saúde.

O uso de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como, das formas de financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento existentes. Segundo Penchansky e Thomas (25), a disponibilidade dos recursos se refere à relação entre volume e tipo de recursos existentes, necessários para atender às necessidades de

[†] Trata-se de demanda não satisfeita, ou seja, necessidade percebida pelo paciente que se transforma em busca de atendimento que, por sua vez, não é materializado, representadas pelas filas e não agendamentos.

saúde da população enquanto que a acessibilidade pode estar relacionada aos recursos ou aos clientes.

Segundo Dever (26), que definiu um modelo epidemiológico para a análise da política de saúde baseada nos campos de saúde[‡], a utilização dos serviços de saúde é uma interação entre os consumidores e os prestadores de serviço, determinado por uma grande quantidade de fatores. Utiliza os modelos de Andersen e Newman (27,28), de Donabedian (29) e de McKinlay (30) e indica como determinantes os fatores sócio-culturais e organizacionais, além dos fatores relacionados com o consumidor e com o prestador de serviços.

Nos fatores sócio-econômicos, relaciona a tecnologia e os valores sociais. A tecnologia pode influenciar a utilização dos serviços de saúde de maneira positiva ou negativa. Pode aumentar a utilização quando, ao adiar a morte, compensa os efeitos da incapacitação de algumas doenças, como no caso dos transplantes e, por outro lado, pode reduzi-la, quando impacta nos níveis de doença ou na necessidade de cuidados médicos, como no caso da incorporação dos antibióticos na prática clínica. Valores sociais e culturais também influenciam o comportamento dos indivíduos na utilização dos serviços de saúde. Observou-se, em Nova York, que grupos mais metropolitanos, tendem a procurar ajuda médica mais cedo e com maior frequência (31). As redes sociais as quais o indivíduo pertence, como família, parentes e amigos, podem interferir na utilização dos serviços de saúde, denominadas por Friedson como um “sistema de referência leiga” (26, 31).

Ainda segundo o Modelo descrito por Dever (26), a segunda categoria de determinantes da utilização dos serviços de saúde refere-se à descrição de Donabedian (29) quanto às estruturas e processos que constituem a organização dos cuidados médicos: a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social, as características de estrutura organizacional e o processo de prestação de cuidados.

Acessibilidade geográfica está associada à chamada acessibilidade temporal, relacionada às limitações no tempo em que o recurso está disponível. Segundo Dever (26), a relação com o uso, depende do tipo atendimento e do tipo de recurso, ou seja,

[‡]

Campos de Saúde de Dever (Modelo Canadense) são descritos como ambiente, estilo de vida, biologia humana, e sistema de organização de cuidados.

quanto mais grave a queixa ou a doença, ou quanto mais sofisticado ou especializado o recurso ou o serviço, menos importante é a relação entre acessibilidade geográfica e o volume de serviços utilizados.

A acessibilidade social pode ser dividida em duas dimensões: aceitabilidade e disponibilidade financeira. Aceitabilidade relaciona as atitudes dos clientes mediante as características dos serviços e vice-versa. Alguns atributos como sexo, raça e idade podem estar relacionados à aceitabilidade do cuidado médico. A disponibilidade financeira é a relação entre os preços e o tipo de convenio e renda, a possibilidade de pagamento e o seguro saúde dos clientes. Os estudos de acesso, na dependência do enfoque adotado, podem estudar a demanda pelo serviço e a efetiva entrada no sistema de saúde, assim como, através de inquéritos, a demanda reprimida e o uso.

O padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é principalmente explicado por seu perfil de necessidades em saúde. A utilização de serviços está condicionada, também, por inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor, relacionados tanto com a forma como está estruturada a oferta de serviços, quanto com as preferências e escolhas do usuário (32, 33).

As taxas de utilização dos serviços de saúde referem-se, em geral, ao uso de atendimentos ambulatoriais, hospitalares ou domiciliares; público ou privado; clínico ou cirúrgico; de rotina ou urgência; e à atenção básica ou referenciada, em períodos que variam de quinze dias a um ano. É importante avaliar a tipologia do uso dos serviços ao longo do tempo, com relação à inserção do idoso na rede de cuidados e em modelos de atenção integral com focos domiciliares e multiprofissionais.

O uso elevado de serviços de urgência, por exemplo, pode evidenciar a dificuldade de acesso qualificado às necessidades de atenção estruturada das doenças crônicas. Nos serviços preventivos, como no caso das campanhas de vacinação e prevenção de câncer ginecológico, a lógica de utilização é distinta, muito relacionada à disponibilidade e a credibilidade do sistema de saúde, e também pode traduzir desigualdades de acesso.

A frequência da utilização de serviços de saúde, por outro lado, pode ser determinada também pelos profissionais de saúde que, geram novas demandas a cada atendimento. Indica uma necessidade de distinguir a primeira consulta e as consultas subseqüentes, para não gerar contradições na análise da procura e da utilização de

serviços de saúde (26). A existência ou não de médico de referência pode impactar na adesão aos serviços que, também depende da qualidade percebida e da satisfação dos usuários.

O acesso aos serviços de saúde segue duas lógicas distintas: a dos serviços públicos e a dos privados. Em ambos os sistemas, o impacto dos custos da utilização dos serviços de saúde por idosos vem sendo observado. Os serviços públicos, no entanto, devem estar preparados para o atendimento especializado da população idosa, pois os idosos com baixa renda apresentam alta morbidade, graves limitações e baixa capacidade de acessar a rede privada.

Ao medir a utilização dos serviços e estudar também a acessibilidade aos mesmos, pode-se indiretamente avaliar a equidade de um sistema de saúde (34, 35). O atual aumento da população idosa reflete diretamente na gestão e equidade dos sistemas de saúde. Nesse sentido, identificar as desigualdades no uso e acesso dos serviços é uma necessidade cada vez mais presente na agenda das investigações em saúde pública. Políticas públicas amplas de redução de desigualdades impactam na melhoria das condições de vida de uma população.

No entanto, o modelo de atenção atualmente existente não privilegia a prevenção de doenças e a promoção de saúde, assim como a organização integrada e multiprofissional dos serviços de saúde. A preocupação com serviços de saúde, voltados aos riscos específicos do idoso e ao gerenciamento das condições crônicas através dos cuidados integrais, ainda não é uma realidade, nem no Brasil, tampouco na maioria dos Países da América Latina. (36, 37)

O modelo de gerenciamento de cuidados integrais de condições crônicas, preconizado pela OMS, está baseado no auto-cuidado que permite as pessoas cuidarem de si mesma; em sistemas de triagem que encaminham pacientes incapazes de cuidarem de si para o serviço necessário, na dependência da presença ou não de cuidadores domiciliares; em equipes de atenção primária fortalecidas, capazes de suprir a maior parte da necessidade dos pacientes; em atenção secundária concentrada nos hospitais gerais e ambulatórios e na atenção terciária com clínicas e ambulatórios especializados e centros de referência altamente especializados.(37)

A maior longevidade aumenta o período de exposição ao risco das doenças não transmissíveis, sendo necessário um incremento nas ações de prevenção com

vistas à redução do dano. Além disso, o incremento de vulnerabilidade ao longo da vida impacta no adoecer e morrer do idoso, gerando diferentes necessidades e demandas, até então desconhecidas da sociedade.

O modelo de atenção à saúde do idoso deve contemplar tanto questões referentes às condições agudas quanto as crônicas e ter como foco a manutenção da autonomia do idoso, o que envolve necessariamente uma atenção multiprofissional e multisetorial efetiva, em particular na organização dos serviços de saúde e principalmente na gestão do cuidado. A incorporação da lógica do cuidado do idoso na atenção básica é de extrema importância e pode contribuir para a ampliação da rede de apoio (38).

A Política Nacional do Idoso (39) baseia-se na promoção do envelhecimento saudável, na manutenção da capacidade funcional, na prevenção das doenças, na recuperação da saúde, e na reabilitação da capacidade funcional perdida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. O Estatuto do Idoso (40) afirma que é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS (41), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. O mesmo, detalha os tipos de serviços necessários, com necessidade de cumprimento de critérios mínimos de adequação de funcionamento, tais como os ambulatoriais com atendimento geriátrico e gerontológico; as unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; o atendimento domiciliar, incluindo internação, e institucional e a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia.

O grande desafio é a operacionalização das diretrizes no sentido da mudança do modelo de atenção à saúde do idoso, hoje centrado na doença e na internação. Fica claro, portanto, a necessidade de possibilitar a permanência do idoso o máximo possível em seu ambiente, preservando seus espaços saudáveis. O déficit da organização de serviços de âmbito domiciliar se reveste num dos principais problemas, incluindo a incorporação da lógica da saúde do idoso no programa de

Saúde da Família, estratégia da atenção básica que trabalha com agentes comunitários de saúde.

É importante ainda verificar que, no Município de São Paulo, a organização da rede de serviços de saúde segue lógica própria. No período do estudo, estava em funcionamento o PAS (Plano de Assistência à Saúde) e o processo de organização de uma rede de serviços resolutiva e integrada sofre sérios prejuízos até a presente data. O atual modelo segue a mesma lógica, privilegiando o pronto atendimento das urgências. Não há uma organização adequada da rede de serviços para atenção integral à Saúde do Adulto ou Idoso, nem política específica de cuidados domiciliares com foco no idoso. Não se observa uma reorganização da atenção adequada à mudança epidemiológica que tenha ênfase na atenção às doenças crônicas.

Os diferentes grupos de população, embora desiguais quanto ao potencial de exposição aos riscos de contrair doenças, têm direitos iguais à atenção à saúde. A Constituição de 1988 constrói direitos fundamentais e baliza essa necessidade, desencadeando um importante movimento que avança com a Política Nacional do Idoso e com a Política Nacional de Saúde do Idoso (42), mas é com o Estatuto do Idoso que a necessidade de implantação dessas políticas torna-se um imperativo legal. A Constituição federal, no seu artigo 196, com posterior regulamentação pela Lei 8080 e 8142/990 define: *“A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”*

A equidade dos sistemas de saúde é um direito do cidadão, que possibilita a igualdade no acesso à atenção à saúde, mediante as mesmas necessidades. Segundo Santos (43), a equidade se refere a direitos iguais quando a diferença inferioriza e o direito de ser diferente quando a igualdade descaracteriza. Em saúde, a mesma necessidade deve pressupor a mesma utilização dos serviços de saúde, dadas determinadas condições de acesso. No entanto, o acesso à saúde tende a ser pior para aqueles em piores condições sócio-econômicas (44, 45).

A insuficiência de recursos financeiros para os sistemas de saúde exige que sejam definidas prioridades. Entretanto, a definição de prioridades na disponibilidade

de serviços de saúde só é eticamente aceitável como uma estratégia de transição para uma situação de universalidade do acesso com base em necessidades. A premissa se refere a tratamentos iguais para necessidades iguais. O desempenho dos sistemas de saúde está relacionado à melhoria das condições de saúde, redução das desigualdades, resposta às expectativas da população e garantia de equidade no financiamento e no acesso. Os estudos de desigualdades podem subsidiar estratégias governamentais que tenham caráter universal e pretendem aumentar a equidade em saúde (46 - 48).

A equidade em saúde, segundo Whitehead, é a superação das desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por ações governamentais também diferenciadas (49). Nesse sentido, a iniquidade é considerada uma “desigualdade injusta”, desnecessária, e que pode ser evitada, daí sua importância para os tomadores de decisão (50). As desigualdades em saúde, segundo Castellanos (48) podem ser consideradas ainda como brechas redutíveis[§], vinculadas às condições heterogêneas de vida. As desigualdades sociais e em saúde e a equidade em saúde vem sendo alvo de debates, tanto no sentido das relações entre condições socioeconômicas e saúde (51-53); bem como aquelas voltadas à articulação entre desigualdade em saúde e desigualdade no acesso a bens e serviços (54, 55).

As desigualdades no uso de serviços de saúde refletem não apenas as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, mas, também, as diferenças comportamentais frente às doenças e às características da oferta de serviços. É importante verificar que a equidade no acesso está relacionada também a qualidade e organização dos serviços oferecidos, além da quantidade de leitos, consultas, médicos e enfermeiros (56 - 58).

Os indicadores mais adequados para avaliar a existência de desigualdade na atenção à saúde devem estimar a chance de os indivíduos tratarem-se quando

[§] Proposta metodológica desenvolvida por Castellanos, que compara os diferenciais redutíveis (brechas) de mortalidade (indicadores de óbitos evitáveis) entre países num mesmo grupo relativamente homogêneo de condições de vida, o que permite discutir os determinantes das diferentes situações de saúde.

acometidos por alguma doença ou de receberem cuidados específicos de proteção à saúde nos casos tradicionalmente recomendados como imunizações e permitir quantificar a contribuição das diferenças entre grupos e no interior deles como um índice de desigualdade (59,60).

As desigualdades em saúde podem ser estabelecidas nas dimensões sócio-econômica, geográfico territorial, de faixa etária, de gênero e de etnia. Observam-se estudos onde foram definidos estratos sócio-econômicos de base geográfica, segundo o padrão de condições de vida, segundo tipo de moradia, as condições de saneamento básico, a renda e a escolaridade dos chefes de família. As desigualdades de renda e educação indicam diferentes necessidades de acesso e oferta dos serviços de saúde e indicam uso e resultados desiguais, mesmo que equitativos.

Os inquéritos de saúde de base populacional permitem analisar melhor os fatores de não utilização (61 - 64). A utilização de inquéritos populacionais para o conhecimento da situação de saúde e do uso de serviços iniciou-se na década de 20 e vem se desenvolvendo como importantes estudos epidemiológicos para o planejamento e avaliação de sistemas e serviços de saúde (65,66). Evidências nas mudanças dos padrões de utilização dos serviços de saúde podem também ser analisadas ao longo do tempo, em estudos longitudinais, quando se comparam inquéritos subsequentes, da mesma população de estudo.

É comum os inquéritos utilizarem a auto-percepção da saúde e a morbidade referida como estimativas de prevalência de doenças crônicas (67,68). As avaliações de saúde auto-referidas têm mostrado que os indivíduos que relatam condições de saúde escassa ou pobre têm riscos de mortalidade consistentemente mais altos que aqueles que reportam melhor estado de saúde. Assim como a morbidade referida que, também pode caracterizar bem a condição de saúde. No entanto, é importante lembrar que a auto referência de doenças crônicas está relacionada ao próprio acesso e uso dos serviços de saúde, ou seja, só refere a condição de hipertensão arterial sistêmica quem teve algum contato com profissionais de saúde anteriormente. (69,70).

Na PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 1998 (71), repetido em 2003 (72), incluiu-se um anexo específico sobre Acesso e Utilização de Serviços de Saúde que desmistificou questões referentes aos serviços públicos e

privados, como a alta taxa de satisfação do usuário que utiliza o SUS. Observou-se que, quanto ao consumo dos serviços de saúde, existem desigualdades em favor dos mais privilegiados, sendo que as chances de procurar serviços de saúde aumentam à medida que os indivíduos ganham anos de idade e não acumulam anos de estudo. A desigualdade em saúde a favor dos mais pobres também foi constatada quando utilizou-se os dados de presença e ausência de doenças crônicas (73- 75).

Em estudos de morbidade, a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE), em dez Estados Brasileiros, construíram-se coeficientes de prevalência de morbidade, de demanda (procura) e de utilização de serviços de saúde, e observou-se que as mulheres apresentaram maiores prevalências de problemas de saúde, maior procura e maior utilização de serviços que os homens e os diferenciais de demanda por sexo foram bem mais acentuados que os de morbidade e os de utilização maiores que os de demanda (76,77).

Os dados da PNAD 2003 indicam que, considerando o total da população brasileira, 79,3% declararam ter um serviço de saúde de uso regular. Os Postos ou Centros de Saúde foram os serviços majoritariamente referidos pela população como serviços de uso regular (52,4%), seguidos, em ordem de importância, pelos Consultórios Particulares (18%), Ambulatórios de Hospitais (16,9%), Pronto Socorro ou Emergência (5,8%), Ambulatório ou Consultório de Clínicas (4,4%) e Farmácia (1,4%). Nos 12 meses que antecederam a entrevista, 62,8% da população brasileira declararam ter consultado um médico. Esta proporção foi maior entre os menores de 5 anos (77,7%) e entre os maiores de 64 anos (79,5%). A parcela de mulheres que consultaram médico no último ano foi de 71,2% e a dos homens, 54,1%. Na população urbana esta participação foi de 64,9% e na população rural, de 51,6%. Verificou-se, ainda, a relação direta entre a proporção de pessoas que consultaram médico no último ano e o rendimento familiar que variou de 58,5% nas pessoas na classe de até 1 salário mínimo a 78,3% na classe de mais de 20 salários mínimos.

A comparação das taxas de utilização padronizadas por idade e sexo entre regiões ou grupos sociais, com objetivo de verificar a existência de desigualdades, deve ser controlada pela presença ou não de morbidade, já que é um importante preditor de uso de serviços de saúde e sua ocorrência varia entre as regiões e os

grupos sociais. No entanto, a diversidade das metodologias empregadas nos estudos de acesso e utilização de serviços de saúde dificulta a identificação de taxas de utilização comparáveis. Dever (26) afirma que 75% da população dos Estados Unidos, em 1975, consultou um médico, sendo que a mesma porcentagem no Canadá, em 1974, foi de 76,3%. Alguns inquéritos utilizam, taxas de utilização de base mensal, que foram estimadas em 12,5%, comparando com taxas de demandas aos serviços de saúde, que foram de 13,3%, para a análise de demanda reprimida e desigualdades. (78)

Estudos que analisam apenas as taxas de internação hospitalar tendem a encontrar resultados diferentes de quando se analisa o uso de serviços que não geraram internação hospitalar, ou seja, ambulatoriais. Em um estudo no Canadá, observou-se que a probabilidade de internação hospitalar aumentava quanto mais pobre o cidadão, ou seja, uma associação inversa entre renda familiar e utilização de serviços de saúde hospitalares (60). Isso pode refletir um maior consumo de internação quando há qualquer dificuldade de acesso ao uso da rede ambulatorial de rotina, maior nos mais pobres.

Em Ribeirão Preto, realizou-se estudo das desigualdades nas hospitalizações, entendidas como decorrentes da posição social dos pacientes e das políticas de assistência médico-hospitalar no Brasil. Foi encontrada forte associação entre os estratos sociais e o sistema de financiamento da hospitalização, classificado em particulares, medicina de grupo e sistema público de saúde, com diferenças em parâmetros das hospitalizações bem como no perfil de morbidade desses grupos. Foram constatadas importantes diferenças quanto à idade média dos pacientes quando ocorre a internação e, sobretudo, na idade ao morrer (quando isto ocorreu), acometendo aos pacientes SUS com uma década de antecedência em comparação com os pacientes particulares (79).

Em outro estudo na mesma cidade, foi estabelecido um índice de desigualdades, segundo metodologia de Campino (80, 81) e, encontrou-se desigualdades pró ricos tanto na saúde como no acesso a serviços. Foi calculada a porcentagem das pessoas que utilizaram serviços de saúde, divididas em cinco quintis de renda. Além disso, foi calculado o índice de desigualdade existente em cada uma das três regiões analisadas. Verificou-se que os níveis de desigualdade

socioeconômica são muito maiores que os das desigualdades na área da saúde, sendo que, enquanto o índice de Gini** situa-se na faixa de 0,51 a 0,55, os índices referentes à saúde não atingem 0,1. No entanto, os grupos mais pobres, que têm carga maior de doença, tendem a utilizar menos os serviços de saúde.

Em estudo transversal no Rio Grande do Sul (82), com uma população acima de 15 anos, para identificar os fatores que levam uma pessoa a consultar o médico no Brasil e avaliar as diferenças entre grupos socioeconômicos, foi encontrada uma relação de tipo dose-resposta onde a chance de atendimento aumentou à medida que a necessidade em saúde também aumentou. A análise no grupo com doença crônica evidenciou que o grupo de menor renda e sem escolaridade teve uma redução de 62% na probabilidade de visitar o médico em comparação com o grupo de maior renda e sem estudo.

As condições sócio econômicas podem ser analisadas utilizando-se a renda, escolaridade, ocupação e acesso à bens eletrodomésticos. Em estudos de desigualdades sócio-econômicas de idosos no Brasil, a ocupação não é um bom preditor considerando que sua ocupação não traduz sua posição social no presente momento. O fato da educação também ser determinada em fases mais iniciais da vida e não mudar posteriormente pode ser uma desvantagem para utilizá-la em estudos de idosos. (83) Os chamados índices de privação também são utilizados. Townsend utiliza a posse de automóvel, casa própria, casa com aglomerações e outros indicadores para detectar desigualdades (83, 84)

Nas faixas etárias mais jovens o nível de renda prediz o estado de saúde nas fases subseqüentes. No idoso, a preponderância do próprio envelhecimento biológico e os efeitos subjetivos da perda de renda associada à aposentadoria podem ter as diferenças sócio-econômicas atenuadas pelos programas de renda e assistência social (85).

** Índice de Gini mede o grau de desigualdade na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar percapita. Seu valor varia de 0 quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos tem o mesmo valor) a 1 quando a desigualdade é máxima (apenas um detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula). O índice de Gini é obtido através da curva de Lorenz que é uma representação gráfica construída a partir da ordenação da população pela renda. No eixo horizontal fica a porcentagem acumulada da população enquanto, no vertical, a porcentagem acumulada da renda, permitindo identificar qual a parcela da renda total acumulada pelas diversas camadas da população. Quando todos os indivíduos ganham a mesma parte da renda total, ou seja, no caso de perfeita igualdade, o gráfico seria representado pela reta de 45 graus. Quanto mais distante a curva dessa reta, maior a desigualdade. Disponível em www.ibge.gov.br e www.pnud.org.br.

A influência da situação sócio-econômica sobre a saúde dos idosos é controversa (86-88), sendo que as desigualdades em saúde de idosos é alvo de análise em vários países (89-93). Alguns estudos de base populacional mostraram que idosos com melhor situação sócio-econômica, apresentavam melhores condições de saúde (94-96, 85), sendo que em outros, observa-se que a força dessa associação diminui ou mesmo desaparece nas idades mais velhas (97-99). Isso amplia a importância de estudos específicos frente as desigualdades de acesso (100-103) e de utilização dos serviços de saúde (104-106).

É importante lembrar que os mecanismos pelos quais a situação sócio-econômica afeta o acesso dos idosos aos serviços de saúde são pouco conhecidas e provavelmente dependem das condições de desigualdades do país e da estruturação de seu sistema de saúde. São de extrema importância a realização de estudos que permitam um maior conhecimento da população idosa e como se comportam com a relação às desigualdades sócio econômicas, morbidade e uso de serviços de saúde.

No Brasil, idosos residentes em São Paulo, participaram de inquérito domiciliar com questionário de avaliação funcional multidimensional, onde observou-se uma população bastante carente (70% tinha uma renda per capita de menos de 100 dólares por mês), com alta prevalência de doenças crônicas (somente 14% referiu não ter nenhuma doença) e distúrbios psiquiátricos (27% foram considerados casos psiquiátricos), e com uma elevada proporção de pessoas com perda de autonomia (107).

O fator mais importante na explicação da variação no uso de serviços de saúde por idosos é a necessidade. Porém, ser do sexo feminino, renda, área de moradia e ter direito de usar serviço privado também mostram efeito positivo no consumo de serviços de saúde. Observa-se ainda que, quando considera-se área geográfica, existe interação entre área de residência e renda (108).

Um estudo de coorte constituído por todos os residentes na cidade de Bambuí, Minas Gerais, com 60 ou mais anos de idade está sendo desenvolvido para identificar fatores preditores de eventos adversos à saúde em idosos (109). As doenças diagnosticadas num indivíduo idoso geralmente não admitem cura e, se não forem devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos, tendem a apresentar complicações e seqüelas que comprometem a independência e a autonomia do

paciente. Na cidade de São Paulo, outros inquéritos populacionais de idosos já foram realizados anteriormente. (110).

As informações referentes aos idosos incluídos na amostra da PNAD 1998 mostraram que as prevalências de pelo menos uma doença crônica (69,0%) e os padrões de consultas médicas e de hospitalizações estão dentro das variações observadas em diferentes países (111). Observou-se ainda que os idosos com renda mais baixa apresentaram piores condições de saúde (pior percepção da saúde, interrupção de atividades por problemas de saúde, ter estado acamado e relato de algumas doenças crônicas), pior função física (avaliada através de seis indicadores) e menor uso de serviços de saúde (menor procura e menos visitas a médicos e dentistas).

Os resultados mostram que mesmo pequenas diferenças na renda domiciliar são suficientemente sensíveis para identificar idosos com piores condições de saúde e menor acesso aos serviços de saúde no Brasil, contrariando dados de outros países (112). As decisões sobre quando e onde o idoso recebe cuidados de saúde dependem também das necessidades e recursos da família e não somente da situação individual do idoso. Conseqüentemente, a saúde do idoso de família de renda baixa recebe prioridade menor e é desproporcionalmente prejudicada pelo pouco recurso familiar e deficiências do sistema público de atendimento (113,114).

Em inquérito domiciliar entre idosos da cidade de Fortaleza, selecionados por amostragem sistemática em múltiplos estágios e estratificada por nível socioeconômico, realizou-se análise multivariada para identificação de fatores associados a uso de medicamentos prescritos; não-prescritos e inadequados, encontrando desigualdades com relação ao nível sócio-econômico (115). Em Pelotas, observou-se utilização de modelo causal hierárquico para estudo de sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil (116).

Nesse sentido, a análise dos fatores através de modelos de regressão multivariada tem contribuído para o avanço na análise dos dados de amostras complexas ao permitir a análise de determinação e independência dos diversos fatores, inclusive através de modelos hierarquizados (117).

Em estudo de determinação de fatores da capacidade funcional em idosos, propõe-se o agrupamento dos fatores de risco, para análise hierarquizada dos

determinantes, em blocos referentes às condições socioeconômicas, demográficas, e de saúde. As condições demográficas consideram sexo, idade, cor, estado civil, situação de moradia e local de residência distribuindo os subdistritos nas áreas central, intermediária e periférica. As condições sócio-econômicas consideram renda própria e familiar, ocupação, escolaridade, bens, ter seguro privado, gastos com medicamentos e com atenção médica privada ambulatorial e hospitalar. As condições de saúde incluem as avaliações auto referidas, referências às doenças crônicas e referência de hipertensão arterial sistêmica (morbidade referida), depressão, ausência de queixas, satisfação com a vida, limitações nas atividades diárias, obesidade, limitação física, incapacidade e utilização de serviços hospitalares (118).

Grossman (119) define que o estoque de saúde, que inicialmente é representado pelas características próprias, da família e nível de escolaridade é transformada por insumos decorrentes do tempo dos indivíduos e a demanda por serviços e utiliza modelo que considera essas variáveis, para análise das desigualdades no uso de serviços de saúde.

A importância de buscar o tratamento ou seguir corretamente a prescrição médica depende da identificação de um aumento da pressão, seja pela presença de sintomas específicos, seja pela presença de condições subjetivas favoráveis à elevação da pressão arterial (120). O mesmo estudo indica que dificuldades financeiras para a obtenção da consulta médica e para a aquisição dos medicamentos são fatores que dificultam o início ou a continuidade do tratamento da hipertensão arterial.

O modelo teórico de utilização de serviços mais utilizado em estudos de desigualdades, descrito por Andersen (27,28), agrupa os perfis de consumo em três dimensões: de capacitação, de necessidade e de predisposição. Os fatores de capacitação referem-se à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde. Estão diretamente ligados às condições econômicas e a oferta de serviços. Incluem renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados. Os fatores de necessidade referem-se às percepções subjetivas das pessoas e ao estado de saúde. Os fatores de predisposição referem-se às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de

saúde como, por exemplo, as variáveis sócio-demográficas e familiares como idade, sexo, nível de escolaridade e raça.

Sawyer, utilizou-se do modelo teórico de Andersen e do método estatístico GoM “Grade of Member Ship Method”^{††} (121, 122) , no delineamento dos perfis de consumo, e o idoso foi considerado no perfil de alta necessidade, alta predisposição e baixa capacidade, alertando para a necessidade de intervenções governamentais que dêem conta deste grupo que concentra alta morbidade e graves limitações. Foram definidos quatro agrupamentos de padrões de consumo definido: homens jovens, pardos ou negros, estrato sócio econômico médio-baixo, saudáveis e consumidores ocasionais; mulheres brancas, estrato sócio econômico alto, saudáveis e alto consumo; mulheres, estrato sócio econômico baixo, terceira idade, auto avaliam estado de saúde como ruim, saúde ruim e alto consumo; idosos, moram sós, estrato sócio econômico não definido, estado de saúde ruim e altíssimo consumo.

Nos estudos de desigualdade, conforme o modelo de Andersen, o acesso é considerado equitativo quando somente a necessidade determina o uso. O modelo de Andersen com análise de regressão logística baseado nas variáveis segundo o modelo foi utilizado, inclusive, em estudos específicos de padrões de utilização de serviços de saúde por idosos (123,124). Nestes, realizados com maiores de 65anos, foram estudados como variáveis de predisposição: idade, sexo, raça,educação, arranjo familiar e estado marital. Em apenas um deles foi utilizado uso de serviços preventivos como característica de predisposição. Foram utilizados como características de capacitação renda, ocupação, seguro saúde, disponibilidade de transporte e ter médico regular. Como indicadores de necessidade utilizaram Atividades da Vida Diária (AVD) baseado na escala de Katz, condições psíquicas, auto percepção de saúde e presença de problemas de saúde. As variáveis de utilização identificadas nos estudos foram serviços médicos, hospitais, serviços domiciliares, serviços ambulatoriais e serviços odontológicos. Referem como limitação desse tipo de estudo o fato de não utilizar-se integralmente as variáveis propostas, sem análise das atitudes, fatores psicológicos, satisfação do usuário,

††

Utiliza a teoria de conjuntos difusos, definindo perfis extremos, de acordo com características dominantes dos fatores de capacitação, necessidade e predisposição

percepção de barreiras à tratamento, aspectos agudos e outras que também interferem na utilização dos serviços de saúde

O marco teórico proposto para este estudo, utiliza o modelo de Andersen adaptado e pressupõe a presença de desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde segundo as condições sócio-econômicas e características de necessidade. O idoso tem baixa capacidade de demandar serviços, por suas dificuldades sócio-econômicas, independente da sua condição de saúde. A ocorrência de maior ou menor desigualdade na utilização dos serviços, em comparação à categoria de maior renda, determina que, ajustadas as necessidades e os fatores geradores de demanda, as taxas de utilização são maiores nos quintis de renda maiores, traduzindo a existência de demanda reprimida nas faixas de menor renda, com grande impacto na sustentabilidade do envelhecimento e exclusão social.

O modelo explicativo deverá permitir a adequada análise dos resultados referentes às necessidades percebidas em função do estado de saúde, as necessidades referidas com falta de acesso, ou seja, que não geraram atendimento pois o idoso referiu motivos de não ter utilizado serviços mesmo precisando, bem como os atendimentos realizados em serviços de saúde nos últimos quatro meses que não geraram internação, identificando a taxa de utilização, estratificada para serviços públicos ou privados, nos vários quintis de renda.

O crescente aumento da população idosa e suas características, bem como o aumento da demanda e utilização de serviços de saúde por essa população, de maneira desigual, justificam a necessidade de estudos que analisem as desigualdades no acesso e na utilização de serviços públicos e privados, possibilitando intervenções na busca da equidade.

No período de 1997 a 2003, a Organização Panamericana de Saúde coordenou na América Latina e Caribe, um estudo multicêntrico, denominado SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - para traçar o perfil dos idosos na América Latina e no Caribe. No estudo SABE foram incluídos: Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai. Esses países representavam uma combinação daqueles que trazem uma boa representação dos vários estágios do envelhecimento na região. Argentina, Barbados, Cuba e Uruguai estão em estágios muito avançados do processo de envelhecimento, enquanto Chile, México e Brasil estão ligeiramente

atrás, mas a velocidade com que esse processo ocorre em tais países pode fazê-los muito em breve, superar os primeiros. No Brasil, foi realizado em São Paulo e coordenado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

O Projeto SABE, caracterizado por ser transversal, simultâneo, bastante abrangente e construído de forma a ser rigorosamente comparável, foi o primeiro desse tipo na região. Teve por finalidade recolher uma ampla quantidade de informações cujos resultados pudessem subsidiar tanto o desenvolvimento de outros estudos complementares, quanto a organização das políticas públicas destinadas a esse grupo etário na região (125).

Estudos referentes aos dados dos idosos de São Paulo, Brasil, do projeto SABE, foram alvo de publicação específica e apontam para a presença de desigualdades nesta população (126-128). Os dados da América Latina e Caribe, do Projeto SABE, em publicação recente da OPAS, também apontam para a importância dos inquéritos de idosos, de base populacional, e a busca da mensuração das desigualdades sociais, em saúde e do uso e acesso de serviços de saúde (129-133) .

Acredita-se que a utilização dos dados do Projeto SABE para a análise dos determinantes e das desigualdades referentes ao acesso e perfil de uso dos serviços de saúde pelos idosos, poderá trazer um importante conhecimento a respeito das demandas de saúde, sob o olhar do próprio idoso. Esse conhecimento poderá colaborar na organização de serviços de saúde e no planejamento de políticas públicas mais voltadas para uma sociedade que envelhece. Assim, este estudo pretendeu analisar os dados do projeto SABE, no sentido de identificar e analisar os fatores de determinação e de desigualdades do acesso e uso dos serviços de saúde, entre os idosos, no Município de São Paulo, no ano 2000.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Analisar fatores de desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde, entre idosos, no Município de São Paulo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os determinantes do uso dos serviços de saúde, por idosos, no município de São Paulo.
- Identificar padrão de utilização de serviços de saúde, entre idosos, no município de São Paulo.
- Verificar fatores que levam à não utilização de serviços de saúde por idosos do município de São Paulo.
- Identificar fatores de desigualdades em saúde, entre idosos, no município de São Paulo.

3. MATERIAL E MÉTODOS

No Projeto SABE, os dados foram obtidos em entrevista domiciliar, por meio de um questionário elaborado por um comitê regional composto pelos principais pesquisadores de cada país e por especialistas em temas específicos da pesquisa. Inicialmente o instrumento, que encontra-se anexado na íntegra (Anexo A), foi submetido a dois pré-testes até chegar à forma final, subdividido em onze seções, a saber:

Seção A – Dados pessoais

Ano e país de nascimento; local de residência durante os primeiros quinze anos de vida; local de residência durante os últimos cinco anos de vida e, onde fosse aplicável, razões para a mudança de residência; história e estado marital; número de filhos; sobrevivência dos pais e, se não, a idade em que faleceram; escolaridade.

Seção B – Avaliação cognitiva

Auto avaliação da memória; avaliação da memória pelo teste mini-mental^{††} (134) modificado e validado no Chile para a realização do estudo. Para os que obtivessem escore igual ou inferior a 12 pontos, uma escala de desempenho funcional era administrada a um proxi-respondente^{§§}.

Seção C – Estado de saúde

Auto avaliação da saúde atual e comparativa ao ano anterior, bem como da saúde na infância, doenças referidas, considerando sete das condições crônicas mais prevalentes na população idosa e incluindo seu tratamento; hábitos, condições sensoriais, saúde reprodutiva, saúde bucal; ocorrência de quedas; escala de avaliação de depressão geriátrica e mini-screening nutricional.

^{††} O MEEM (Mini Exame do estado Mental) é um instrumento de rastreamento de deterioração cognitiva, utilizado internacionalmente, que fornece informações sobre diferentes dimensões cognitivas, tais como orientação, memória, cálculo e linguagem.

Seção D – Estado Funcional

Avaliação do desempenho funcional e da ajuda recebida, quando necessário, nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e identificação e caracterização do(s) cuidadores principais.

Seção E – Medicamentos

Terapêutica medicamentosa utilizada, incluindo indicação, tempo de uso, forma de utilização, obtenção e pagamento; gastos mensais com medicamento e motivos referidos para a não utilização dos medicamentos prescritos.

Seção F – Uso e acesso a serviços

Serviços de saúde utilizados, públicos ou privados, nos últimos 12 meses e ocorrência de hospitalização, atendimento ambiental, exames nos últimos quatro meses, bem como tempo de espera para atendimento, terapêutica prescrita e gastos relacionados.

Seção G- Rede de apoio familiar e social

Número e características de pessoas que vivem com o idoso no mesmo domicílio (sexo, parentesco, estado marital, idade, escolaridade e condição de trabalho); assistência prestada ao idoso e fornecida por ele referente a cada membro citado; tempo gasto na ajuda ao idoso. As mesmas perguntas foram feitas em relação aos irmãos e filhos que não vivem no mesmo domicílio, bem como a outros familiares e que, de alguma forma, fornecem ou recebem ajuda do/ao idoso; assistência recebida ou fornecida nos últimos 12 meses de alguma instituição ou organização; participação do idoso em algum serviço voluntário ou organização comunitária.

Seção H – História laboral e fontes de renda

Trabalho atual (tipo, renda, razões para continuar trabalhando); caso não trabalhasse mais, por quê não o fazia, ocupação que teve durante o maior período de sua vida, horas trabalhadas, razões para mudar de atividade, aposentadoria, pensões, benefícios, outras fontes de renda, renda total pessoal e número de dependentes dessa

^{§§} Informante substituto.

renda; gastos pessoais (moradia, transporte, alimentação, vestimenta, saúde) e auto-avaliação de seu bem estar econômico.

Seção J - Característica de moradia

Tipo e propriedade da moradia, condições de habitação (saneamento básico, luz, número de cômodos, bens presentes).

Seção K – Antropometria

Altura do joelho, circunferência do braço, cintura, quadril, prega tricriptal, peso, circunferência da panturrilha, largura do punho e força da mão.

Seção L – Flexibilidade e Mobilidade

Provas de equilíbrio, mobilidade e flexibilidade.

Em todos os países, fizeram parte da amostra, pessoas com 60 e mais anos, com exceção do México, que ampliou sua amostra incluindo mulheres de 50 anos e mais. Com exceção de Barbados, que utilizou o registro de eleitores, as amostras foram calculadas a partir do censo de cada país. Essas amostras foram probabilísticas e utilizaram o método de Amostragem por Conglomerados Polietápico, com estratificação das unidades primárias da amostra, com exceção do Chile, que não aplicou a estratificação. Em seis dos países, o processo de amostragem contou com três etapas (Barbados contou com duas, aplicando os critérios probabilísticos em cada uma delas). Cinco dos países consideram os estratos sócio-econômicos (com exceção de Chile e Cuba que fizeram isso posteriormente). México e Argentina também definiram estratos geográficos (135).

A distribuição da amostra foi realizada pelo método de Fixação Proporcional ao Tamanho. Inicialmente estavam previstas 1.800 entrevistas em cada país do estudo. No entanto, devido à disponibilidade ou a restrições no orçamento de cada local, essas metas foram ajustadas para mais ou menos da proposta original. A amostra final proposta foi de 13.023 idosos sendo que foi obtido 10.906 entrevistas, correspondendo a uma taxa média de resposta de 80%, variando de 62,8% na Argentina, para 95,3% em Cuba. Em São Paulo (Brasil), a taxa de resposta foi de 84,6%. Esse total correspondeu a 92% da meta originalmente prevista, que é considerada satisfatória para estudos desse tipo.

Em quatro dos sete países, foi aplicado algum tipo de procedimento para sobredimensionar a seleção de idosos em velhice avançada (com 75 anos e mais). Os métodos de estimação e ponderação aplicados correspondiam à utilização de estimadores simples, não viesados, e estimadores de Razão que consideraram, em todos os casos, o cálculo dos fatores de expansão do desenho amostral empregado, ou seja, as probabilidades de seleção aplicadas em cada etapa e as não-respostas. Foram também consideradas as variáveis sexo e grupo etário, dadas as diferenças de mortalidade entre sexo e o sobredimensionamento da população igual e superior a 75 anos. Ao final, obteve-se um fator para cada indivíduo da amostra, que resumia todos os elementos mencionados no desenho amostral e os estratos considerados.

No Brasil, a população do estudo foi composta pelos idosos residentes, no ano de 2000, na área urbana do Município de São Paulo, cujo cálculo teve por base a contagem populacional da Fundação IBGE, de 1996. A amostra final foi composta pela somatória de uma amostra probabilística (sorteio) e de uma amostra intencional (composição livre para os grupos ampliados para complementar a amostra de idosos em velhice avançada).

Para realização da amostra probabilística, foi utilizado o cadastro permanente de 72 setores censitários existente na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, coordenadora do estudo no Município, selecionados sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílio do cadastro da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 1995. Em seguida, foram sorteados sistematicamente os domicílios a serem visitados. A complementação da amostra de pessoas de 75 anos e mais foi realizada pela localização de moradias próximas aos setores selecionados ou, no máximo, dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados.

Para a análise dos resultados, foi atribuído a cada questionário um peso relativo a sua representatividade na população. Dessa forma, a amostra final, por país, foi assim composta: Argentina - 1.043 idosos; Barbados - 1.812 idosos; Brasil - 2.143 idosos (sendo 1.568 da amostra probabilística e 575 da amostra intencional); Chile - 1.306 idosos; Cuba - 1.905 idosos; México - 1.247 idosos e Uruguai - 1.450 idosos. Adicionalmente em quase todos os países, as unidades primárias de

amostragem foram estratificadas e foram utilizados métodos não viesados de estimação. Foram consideradas a estratificação da amostra, as probabilidades de seleção aplicada em cada etapa da amostra e a técnica de pós-estratificação por sexo e grupos etários, permitindo, assim, que os resultados obtidos nos países pudessem ser comparáveis entre si.

Após a seleção da amostra os idosos foram entrevistados em seus domicílios. A maior parte das entrevistas (88%) foi feita de forma direta. Nos restantes utilizou-se um proxi-respondente quando havia impossibilidade do idoso para responder às questões (problemas físicos ou cognitivos) (136,137).

A coleta de dados ocorreu em duas etapas. Na primeira, foram preenchidas as seções de A a J e, na segunda, que ocorreu de um a seis meses após a primeira, as seções L e K. Isso ocorreu, em parte, pela extensão do questionário e, por outro lado, pelo fato de as seções L e K exigirem maior disponibilidade do idoso para a realização de alguns testes, além de material específico.

O estudo SABE foi submetido aos respectivos comitês de ética dos países envolvidos. No Brasil, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (Anexo B).

Para estudar as desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde, entre a população idosa do município de São Paulo, como parte do projeto SABE, foram utilizados dados das seções A – Dados Pessoais, C – Estado de Saúde, F – Uso e acesso à serviços e H – Fontes de receita do questionário. Foi realizado uma análise descritiva dos principais dados originados por essas seções e uma análise específica das questões da seção F. Foram descritas as características demográficas, escolaridade, renda e a presença de doenças crônicas e o estado de saúde.

No sentido de validação das respostas encontradas, e um maior detalhamento das respostas inicialmente codificadas como “*outras*”, foram revisadas, junto aos questionários, incluindo a outra questão que questiona motivações para a falta de acesso aos serviços, a F.3a (*Por que não foi, mesmo precisando?*) que é complementar à F3 (*Durante os últimos 12 meses, onde o(a) sr(a) foi quando se sentiu doente ou quando precisou fazer uma consulta de saúde?*), relativa aos

atendimentos em geral, dos últimos doze meses, que apresenta as seguintes opções de escolha: *Distância e falta de transporte (01); não tem tempo (02); não tem dinheiro (03); o atendimento não é bom (04); e outro (05).*

Com relação ao acesso, foi mensurada a resposta à pergunta F30 (*Porque não foi?*) que, apresenta como opções de resposta: *Não precisou (01); custo (02); custo da viagem (03); tempo da viagem e da espera (04); o problema não era grave (05); o atendimento é ruim (06); a família precisava dele (07); automedicou-se (08) e outros (09).* Considerou-se as respostas de 2 a 9 como o não uso, características da falta de acesso. Respondeu à essa pergunta somente quem havia indicado que não usou serviços de saúde na questão F11 (*Excluindo esta internação. Nos últimos 4 meses o(a) Sr(a) procurou assistência médica ou uma consulta médica de qualquer tipo?*)

Foi analisada então a tipologia e o grau de utilização através da questão F 14 (*Onde o(a) sr.(a) recebeu esta atenção ou consulta?*), que apresenta as seguintes opções de resposta: *Hospital público (01), hospital do seguro social(02), hospital privado (03), clínica do seguro (04), clínica privada (05), farmácia (06), consultório particular (07), clínica pública (08), na própria casa (09) e outro (10).* Com relação à tipologia do estabelecimento, utilizado para o referido atendimento, foram analisadas também as respostas referentes à questão F3 (*Durante os últimos 12 meses, onde o(a) Sr(a) foi quando se sentiu doente ou quando precisou fazer uma consulta de saúde?*), que apresenta as seguintes opções de escolha: *Não fez consulta mesmo precisando (01), não ficou doente e não necessitou de nenhuma consulta (02), consultório particular (03), clínica particular (04) clínica pública (05), clínica do seguro (06), serviço de emergência em hospital particular (07), hospital particular (08), hospital público (09), serviço de emergência em hospital público (10), hospital do seguro (11), farmácia (12), curandeiro (13), outro (96), ns (98), nr (99).*

É importante a ressalva de que essa questão se refere à um período de um ano e inclui os atendimentos geradores de internação, referidos nas questões a seguir, de F4: *Durante os últimos 4 meses, quantas vezes diferente esteve internado em um hospital, pelo menos por uma noite?* à F10 : *No total, quanto pagou ou pagaram,*

particularmente, por esta internação? que, se referem à última internação nos últimos quatro meses .

Posteriormente, foram analisados o uso de serviços de saúde, não geradores de internação, aqui denominados de ambulatoriais, nos últimos quatro meses, relatados nas questões de F11(*Excluindo esta internação. Nos últimos 4 meses o(a) Sr(a) procurou assistência médica ou uma consulta médica de qualquer tipo?*) à F30 (*Porque não fez nenhuma consulta médica nos últimos quatro meses?*). Foi calculada a prevalência de respostas positivas à questão F11, identificando a taxa de utilização pela população estudada, o que foi corrigida somando-se os que não utilizaram nos últimos doze meses e que, portanto, também não utilizaram nos últimos quatro meses mas, pelo formato do questionário (“jumps”), na situação descrita, não responderam à essa pergunta .

Foi considerada como variável dicotômica dependente a utilização ou não de serviços ambulatoriais nos últimos quatro meses. Analisou-se a associação entre a realização de consulta ambulatorial nos últimos quatro meses como variável qualitativa independente e a condição sócio econômica, representada pelos quintis de renda total, categorizando-os, em menor renda (sem renda, primeiro e segundo quintil) e maior renda (terceiro, quarto e quinto quintil). Foi analisada a associação da escolaridade (A5b - frequentar escola) e seguros privados (F3 - posse de seguro e plano privado de saúde) como variáveis que, em conjunto com a renda, indicam a capacidade de demandar e consumir serviços de saúde.

Como variáveis de predisposição foram utilizados: sexo (C18) e idade (A1b - 60 a 74 anos e maiores de 75 anos). Como variáveis de necessidade de saúde, foram utilizadas a avaliação auto referida (C1 - saúde excelente/muito boa/boa e regular/má) e a presença de pelo menos uma doença crônica auto referidas (C4 - Hipertensão, C5 - Diabetes, C6 - Câncer, C7 - Doença Pulmonar, C8 - Doença Cardíaca, C9 - Doença Vascular e C10 - Doença Reumática), Hipertensão e Diabetes em separado, e Problema Nervoso ou Psiquiátrico (C20), todas como variáveis qualitativas dicotômicas. Foi analisado o impacto da desigualdade sócio econômica no processo de adoecer e de consumir serviços de saúde, bem como de não acessá-los.

A existência de desigualdades sociais de saúde, de acesso e de utilização de serviços de saúde foi identificada através da associação entre a utilização ou não de serviços ambulatoriais e as características sócio-demográficas e de saúde. Foi baseada nas frequências ponderadas e na razão de chances (odds ratio), com intervalo de confiança de 95% (138), ajustada mediante análise de regressão logística múltipla (139,140). Foram utilizados dados da amostra expandida para a base populacional, utilizando-se o pacote estatístico SPSS e STATA, onde cada registro tem peso específico. Nesse sentido, os dados amostrais não expandidos, não foram utilizados nas análises pois, induzem a erro, se não ajustados.

O método estatístico utilizado foi o da regressão logística multivariada, por passos, procedimento por eliminação, chamada “backwards”, utilizando-se o pacote estatístico STATA. O modelo se inicia com todas as variáveis definidas e a cada passo o processo elimina aquela que não contribui significativamente para a explicação, sempre na presença de todas as que ainda estão no modelo, num nível de 5% (141). Foram analisados também a associação entre as variáveis dos blocos de capacitação e de necessidade de saúde utilizadas no modelo, através de testes de interação. Foi ainda verificado no presente estudo que mesmo com a redução das observações faltantes, os “missings”, o limite recomendado por Concato et al (142), de 10 casos em estudo para cada variável independente foi obedecido.

A regressão logística múltipla foi utilizada, após a descrição das frequências ponderadas e ajustadas para o efeito do delineamento (deff) de amostra complexa, para investigar a associação independente entre a utilização de serviços ambulatoriais e cada uma das características sócio-econômicas e de saúde incluídos no estudo.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra de 2143 idosos obtida no SABE, representa o universo populacional de 836.204 idosos do município de São Paulo. O universo de idosos paulistanos estudado é predominantemente feminino e representado pelos menos idosos. As mulheres constituem 58,6% do universo estudado. Do total, 77,9% tem até 75 anos, sendo 32,3% de 60 a 64 anos, 26,8% de 65 a 69 anos e 18,8% de 70 a 74 anos, conforme verificado na tabela 1. Observa-se ainda que os idosos do sexo masculino distribuem-se nas faixas etárias mais novas, sendo que, apenas 19,2% tem mais de 75 anos. As porcentagens referem-se à amostra expandida para a base populacional, que indica uma população acima de 75 anos, de aproximadamente 185 mil idosos.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos entrevistados e população que representa, segundo sexo e faixa etária, no Município de São Paulo, em 2000.

Sexo		Faixa Etária				Total	%
		60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 e +		
Masculino	Amostra	171	140	129	441	881	
	População	119.090	95.928	64.809	66.377	346.204	41,4
	%	34,4	27,7	18,7	19,2	100,0	
Feminino	Amostra	255	239	207	561	1.262	
	População	150.935	127.877	92.619	118.569	490.000	58,6
	%	30,8	26,1	18,9	24,2	100,0	
Total	Amostra	426	379	336	1.002	2.143	
	População	270.025	223.806	157.427	184.946	836.204	100,0
	%	32,3	26,8	18,8	22,1	100,0	

Fonte: Projeto SABE

Este estudo reforça, portanto, a importância da feminilização da velhice. Segundo Camarano (4) 55% dos idosos no Brasil são mulheres. Essa proporção aumenta, principalmente entre os mais idosos, fato explicado pela mortalidade

diferencial por sexo. Os mais idosos, ainda em menor porcentagem, representam maiores necessidades de cuidados de saúde. Essas características da população idosa traduzem necessidades de saúde específicas, e são relevantes nas políticas públicas, em particular, no que se refere à eliminação de barreiras para acesso e à organização dos serviços de saúde.

A maioria dos idosos é brasileira (91,3%), se declara branca (70,1%), é católica (70,9%), morou por mais de cinco anos em zona rural até os 15 anos (62,6%), foi casada (95,1%), teve filhos (89,9%) e não vive só (86,8%). Com relação à escolaridade, 79,0% freqüentaram escola, 78,3% sabem ler e escrever um recado, e 56,5% estudaram de 1 a 4 anos (Tabela 2). Dos que foram à escola, 6,1% referiram não saber ler e escrever um recado e, por sua vez, dos que referiram saber ler e escrever um recado, 5,2 % não freqüentaram escola.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos, segundo escolaridade, no Município de São Paulo, em 2000.

Anos de estudo	N	%
Não frequentou escola	175.898	21,0
1 a 4 anos	472.040	56,5
5 a 8 anos	74.915	9,0
9 a 11 anos	63.271	7,5
12 ou mais	46.049	5,5
NS (Não sabe)/NR (Não respondeu)	4.031	0,5
Total	836.204	100,0

Fonte: Projeto SABE

A escolaridade da população estudada reflete as características específicas desta coorte que freqüentou pouco a escola. Essa situação parece refletir, além de questões culturais, o baixo nível sócio econômico que pode ter determinado as dificuldades no acesso à escola. No entanto, tem-se observado um aumento da população idosa no Brasil, bem como o número médio de anos de estudo (4) A escolaridade pode ser analisada como fator de predisposição e ao mesmo tempo de capacitação para o uso de serviços de saúde. Uma menor escolaridade pode indicar

uma menor apropriação e autonomia dessa população com relação ao processo saúde doença e o auto cuidado, ao mesmo tempo em que, indica uma maior exclusão frente às políticas públicas sociais (58-60).

A população estudada é em grande parte aposentada (48,7%), sendo que 23,5% disseram estar trabalhando na semana anterior ao inquérito, conforme mostram os dados da Tabela 3.

Tabela 3 – Ocupação atual dos idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Trabalho atual	População	%
Aposentado		
<i>Sim</i>	407412	48,7%
<i>Não</i>	428792	51,3%
Trabalhou na última semana		
<i>Sim</i>	196336	23,5%
<i>Não</i>	639.868	76,5%
Afazeres domésticos		
<i>Sim</i>	124.428	14,9%
<i>Não</i>	711.776	85,1%
Incapacidade		
<i>Sim</i>	16.728	2,0%
<i>Não</i>	819.476	98,0%
Total	836.204	100,0%

Fonte: Projeto SABE

A maioria dos idosos (93,6%) exerceu atividade, remunerada ou não, ao longo da vida (Tabela 4), sendo que o tipo de atividade era predominantemente física (69,5%) . Os trabalhos não qualificados e como operários representam 59,1% (Tabela 5), o que pode estar associado à baixa escolaridade. No entanto, isso pode ter corroborado com uma condição protetora na desigualdade de adoecer, em função da intensa atividade física laboral exercida durante toda a vida, mesmo em situações desiguais.

Tabela 4 – Distribuição dos idosos, segundo tipo de atividade exercida, no Município de São Paulo, em 2000.

Atividade desenvolvida no trabalho	N	%
Predominantemente física	580.817	69,5
Predominantemente mental	117.323	14,0
Requer ambos	84.636	10,1
Nunca trabalhou, com ou sem remuneração	51.355	6,1
NS/NR	2.073	0,3
Total	836.204	100,0

Fonte: Projeto SABE

Tabela 5 - Distribuição dos idosos, segundo tipo de ocupação, no Município de São Paulo, em 2000.

Ocupação Principal	População	%
Trabalho não qualificado	247.921	29,6
Operário/Artesão	204.186	24,4
Serviços/Vendedor/Comércio	135.749	16,2
Empregado/Oficina	54.048	6,5
Nunca trabalhou, com ou sem remuneração.	51.355	6,1
Operador/Instalador	49.857	6,0
Científico/Intelectual	34.344	4,1
Agricultura/Agropecuária	27.647	3,3
Técnico /Nível Médio	14.011	1,7
Poder Executivo/Legislativo	13.903	1,7
Forças Armadas	2.261	0,3
NS	922	0,1
Total	836.204	100,0

Fonte: Projeto SABE

A pouca qualificação do trabalho desses idosos, em grande parte ainda trabalhando, relaciona-se diretamente à baixa renda e à necessidade de ainda ter que exercer atividade remunerada para a garantia de sobrevivência, ou seja, trabalham porque precisam (128). No entanto, a ocupação não é um bom indicador de desigualdades sócio-econômicas para o idoso, pois não representa a condição de aposentado, cuja renda não tem relação direta com sua qualificação (83). No presente estudo, optou-se pelo uso da renda e da escolaridade como variáveis que caracterizam melhor as desigualdades nessa população.

Outras características sócio-econômicas também podem ser analisadas. A maioria dos idosos tem em casa geladeira (98,3%), televisão (96,2%), aparelho de som (91,6%), telefone (79,1%), máquina de lavar roupa (74,5%) e ventilador (70,0%). Alguns deles têm, na sua residência bicicleta (14,1%) e 44,5% têm automóvel. A maioria dos idosos (78,4%) mora em casa própria e quitada, conforme dados da Tabela 6, sendo que, 92,8% das residências estão conectadas à rede pública de esgoto (Tabela 7).

Tabela 6 - Distribuição segundo posse da casa que reside, no Município de São Paulo, em 2000.

Posse da casa	População	%
Própria e quitada	655.949	78,4
Ainda paga	20.993	2,5
Própria em terreno que não é próprio	20.630	2,5
Arrendada/alugada	91.130	10,9
Emprestada	40.454	4,8
Outro	6.048	0,8
NR	1.000	0,1
Total	836.204	100,0

Fonte: Projeto SABE

Tabela 7 – Distribuição segundo sistema de esgoto da residência, no Município de São Paulo, em 2000.

Sistema de esgoto da residência	N	%
Conectado a rede pública	776.045	92,8
Conectado a fossa séptica	29.380	3,5
Escoamento a céu aberto	14.501	1,7
Não tem drenagem de esgoto	13.085	1,6
NS	3.193	0,4
Total	836.204	100,0

Fonte: Projeto SABE

A maior parte dos idosos (67,5%) reconhece não ter recursos suficientes para suas necessidades diárias, conforme dados da Tabela 8, apresentando comportamento semelhante em ambos os sexos.

Tabela 8 – Idosos com recursos financeiros suficientes para suas necessidades, segundo sexo, no Município de São Paulo, em 2000.

Recursos financeiros suficientes para suas necessidades	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	149.450	30,5	109.072	31,5	258.522	30,9
Não	332.991	68,0	231.022	66,7	564.013	67,5
NS/NR	7.559	1,5	6.110	1,8	13.669	1,6
Total	490.000	100,0	346.204	100,0	836.204	100,0

Fonte: Projeto SABE

A posse de bens eletrodomésticos, ligação à rede elétrica e rede de água e esgoto podem ser utilizados para caracterizar desigualdades sócio-econômicas, mas é importante considerar as dificuldades metodológicas que existem na elaboração de

índices compostos. No entanto, o índice de privação de Townsend (84) é utilizado para esse fim, associando a presença de eletrodomésticos à disponibilidade de alimentação, viagens de férias e outras condições importantes para a garantia de uma boa qualidade de vida ao idoso. Apesar da baixa renda, a grande frequência de casa própria, com condições mínimas de adequação, demonstra as possibilidades que esta geração teve, dentro da sua realidade, de resolver a questão da moradia. Considerando ainda que uma grande parte são mulheres, viúvas, sem renda, e que não moram só, isso pode indicar também casas próprias de toda a família e não necessariamente de aquisição do idoso.

Dos idosos estudados, 86,3% recebe algum tipo de recurso financeiro (tabela 9) e destes, 66,2% têm outras pessoas que dependem deste recurso (tabela 10), com grandes diferenças entre os sexos. Menor porcentagem de mulheres recebe algum tipo de rendimento (79,0%). No entanto, a dependência de sua renda por outros familiares é menor (48,7%), se comparada aos homens (86,4%), conforme observa-se na tabela 10.

Campino e Cyrillo (128) concluíram que grande parte dos idosos era responsável por um grupo familiar, pois a renda per capita era apenas 44% da renda média total, o que foi evidenciado nesta análise, considerando-se ainda as diferenças por sexo. A renda média mensal foi calculada em R\$ 319,15 (trezentos e dezenove reais, e quinze centavos), um pouco mais de dois salários mínimos (vigente à época), com uma dispersão elevada, retratada por um coeficiente de variação de 2,68. Observou ainda rendimentos inferiores para as mulheres (R\$ 173,76) e para os mais velhos (mais de 75 anos) que apresentaram renda média de R\$ 182,12. O estudo apresentou um índice de Gini, construído com a renda total dos idosos, de 0,54, um pouco abaixo do índice de concentração da distribuição de renda nacional (0,567 segundo IBGE em 1999) demonstrando o grande nível de desigualdade existente entre os idosos, reforçado pelos altos coeficientes de variação da renda.

Tabela 9 – Renda dos idosos, segundo sexo, no Município de São Paulo, em 2000.

Tem renda	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	387.024	79,0	334.559	96,6	721.582	86,3
Não	102.976	21,0	11.646	3,4	114.622	13,7
Total	490.000	100,0	346.204	100,0	836.204	100,0

Fonte: Projeto SABE

Tabela 10 – Dependência dos recursos dos idosos, segundo sexo, no Município de São Paulo, em 2000.

Dependência dos recursos do idoso	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Só o idoso	198176	51,3	45412	13,6	243588	33,8
Mais uma pessoa	91468	23,7	143330	42,8	234797	32,6
Mais duas pessoas	48257	12,5	57271	17,1	105527	14,6
Mais três pessoas	27192	7,0	41177	12,3	68370	9,5
Mais de três pessoas	21436	5,5	47369	14,2	68805	9,5
Total	386.529	100,0	334.559	100,0	721.087	100,0

Fonte: Projeto SABE

O estudo analisou a renda total pois, a informação dos rendimentos dos outros ocupantes do domicílio não está disponível. A situação econômica financeira da família impacta diretamente nas condições sócio-econômicas do idoso e o cálculo da renda per capita poderia trazer outros pontos de análise. No entanto, é importante lembrar que essa informação, mesmo que coletada, poderia estar subestimada, pois o idoso que, habitualmente, não tem conhecimento de todas as rendas da casa. A maioria dos recursos recebidos é proveniente de aposentadorias, conforme se verifica na Tabela 11. Comparando com a tabela 3, observa-se que 72,9% recebem aposentadoria ou pensões enquanto que 48,7% declarou-se aposentado, o que pode estar correlacionado com a grande porcentagem de mulheres viúvas, conforme descrito na Tabela 1 e 2.

Tabela 11 – Fontes de receitas da renda dos idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Fontes de receita	População	%
Trabalho atual		
<i>Sim</i>	224.091	26,8%
<i>Não</i>	612.113	73,2%
Aposentadoria/pensão		
<i>Sim</i>	609.596	72,9%
<i>Não</i>	226.608	27,1%
Ajuda de familiares		
<i>Sim</i>	91.324	10,9%
<i>Não</i>	744.880	89,1%
Aluguel ou Aplicações Bancárias		
<i>Sim</i>	93.657	11,2%
<i>Não</i>	742.547	88,8%
Assistência ou Bem Estar Social		
<i>Sim</i>	1.908	0,2%
<i>Não</i>	834.296	99,8%
Outras rendas		
<i>Sim</i>	25.485	3,0%
<i>Não</i>	810.719	97,0%
Total	836.204	100,0%

Fonte: Projeto SABE

É importante considerar ainda que, em função da atual situação de desemprego e piora das condições sócio-econômicas, é comum o aposentado sustentar a família, incluindo filhos e netos, que dependem dos recursos financeiros do idoso (128). Os incentivos aos empréstimos específicos para os idosos indicam essa tendência e algumas cidades movimentam suas economias baseadas nos recursos dos idosos.

Santos (127), ao analisar a expectativa de vida sem incapacidade, utilizou a renda, em quintis, categorizando em variável dicotômica, os que não tem renda e os dois primeiros quintis de distribuição de renda, como menor renda, e os três maiores quintis de distribuição de renda, como maior renda. No presente estudo, quando utilizou-se variáveis dicotômicas, para análise de desigualdades, seguiu a mesma

categorização de renda. Os valores de cortes dos quintis de distribuição de renda indicam que quanto maior a renda, maior a diferença entre os sexos (Tabela 12) e demonstra a baixa renda dos idosos. Na Tabela 13, observamos a distribuição dos idosos, por sexo, incluindo os sem renda e a distribuição nos vários quintis de renda total.

Tabela 12 – Valores de corte, em reais e em salários mínimos, dos quintis de renda total dos idosos, segundo sexo, no Município de São Paulo, em 2000.

	Feminino	Masculino	Total
1o/2o/quartil	R\$ 150,00 (1,0 SM)	R\$ 249,00 (1,6 SM)	R\$ 150,00 (1,0 SM)
2o/3o/quartil	R\$ 159,00 (1,1 SM)	R\$ 450,00 (3,0 SM)	R\$ 299,00 (2,0 SM)
3o/4o/quartil	R\$ 319,00 (2,1 SM)	R\$ 699,00 (4,6 SM)	R\$ 499,00 (3,3 SM)
4o/5o/quartil	R\$ 639,00 (4,3 SM)	R\$ 1.127,00 (7,5 SM)	R\$ 938,00 (6,3 SM)

* Utilizado o valor do Salário Mínimo, vigente à época, de R\$150,00

Fonte: Projeto SABE

Tabela 13 – Distribuição dos idosos por quintis de renda, segundo sexo e idade, no Município de São Paulo, em 2000.

Renda	Mulher 60 a 74 a		Mulher 75a e mais		Homem 60 a 74a		Homem 75a e mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem renda	103570	27,9	17746	15,0	27117	9,7	2741	4,1
1.Quinti	94580	25,5	50544	42,6	25630	9,2	14008	21,1
2.Quinti	47829	12,9	16167	13,6	25887	9,3	12427	18,7
3.Quinti	47363	12,8	14862	12,5	54469	19,5	13936	21,0
4.Quinti	35743	9,6	11041	9,3	72088	25,8	11600	17,5
5.Quinti	42345	11,4	8209	6,9	74636	26,7	11664	17,6
Total	371431	100,0	118569	100,0	279827	100,0	66377	100,0

Fonte: Projeto SABE

Quando se compara a frequência à escola e a renda, já categorizada como variável dicotômica observa-se uma associação entre não ter ido à escola e classe de renda baixa (Tabela 14). Nesse sentido, na análise do acesso e uso dos serviços de

saúde, utilizaram-se ambas as variáveis, mas também testou-se, como determinante no modelo múltiplo, a interação entre elas. Os estudos baseados no Modelo de Andersen (27-28) consideram a escolaridade como característica de predisposição, mas, observa-se também o uso como variável de condição sócio-econômica, em estudos de desigualdades (73-75,126) .

Tabela 14 - Freqüência à escola dos idosos, segundo classe de renda , no Município de São Paulo, em 2000.

Classe de Renda	Freqüência à escola			
	NAO		SIM	
Baixa	116903	68,08%	277357	44,70%
Alta	54811	31,92%	343146	55,30%
Total	171714	100,00%	620503	100,00%

Fonte: Projeto SABE

Noronha & Andrade (129) compararam os dados obtidos em todos os países da América Latina do Projeto SABE, sugerindo a presença de desigualdades sociais em todos os países, favorável aos grupos sócio-econômicos privilegiados. Referem, também, que a probabilidade de o idoso reportar um melhor estado de saúde é maior nos mais escolarizados.

Com relação à auto-avaliação de saúde, 46,0% consideraram ser excelente/muito boa/boa e 54,0% regular/má (tabela 15). Mais da metade (54,5%) declara que não houve mudança na sua percepção do estado de saúde no último ano mas, quando identificada a mudança, a maioria referiu que foi para pior. A maioria dos idosos (58,0%) acredita estar melhor de saúde quando comparado aos outros idosos e quase metade (49,1%) declara que sua saúde nos primeiros quinze anos de vida era excelente.

Tabela 15 - Distribuição dos idosos, segundo a auto-percepção de saúde, no Município de São Paulo, em 2000.

Auto Percepção de saúde	População	%
<i>Momento atual</i>		
Excelente	39.311	4,7
Muito boa	50.047	6,0
Boa	295.369	35,3
Regular	381.683	45,6
Má	68.311	8,2
NS/NR	1.483	0,2
<i>Comparada com o ano anterior</i>		
Melhor	147.728	17,7
Igual	455.911	54,5
Pior	228.722	27,3
NS/NR	3.843	0,5
<i>Comparada com outros idosos</i>		
Melhor	484.957	58,0
Igual	172.683	20,6
Pior	93.670	11,2
NS/NR	84.894	10,2
<i>Nos primeiros quinze anos de vida</i>		
Excelente	410.382	49,1
Boa	371.810	44,5
Ruim	49.313	5,9
NS	4.700	0,5
Total	836.204	100,0

Na comparação da auto-percepção de saúde nos primeiros quinze anos com a condição sócio-econômica declarada, também nos primeiros quinze anos, observa-se que a porcentagem de percepção excelente/boa decresce com piores condições econômicas (tabela 16).

Tabela 16 – Porcentagem de auto percepção de saúde dos idosos, na infância, segundo situação econômica na infância, no Município de São Paulo, em 2000.

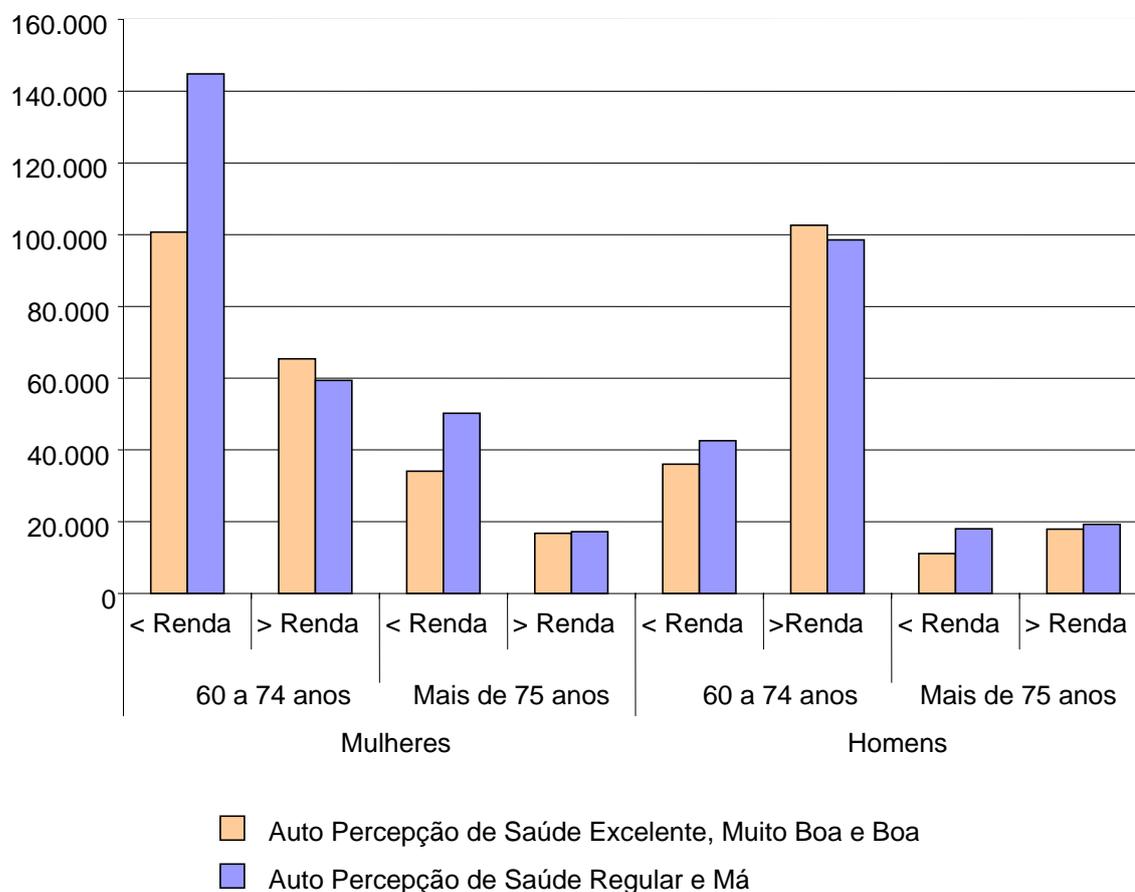
Situação Econômica nos primeiros 15 anos de vida	Porcentagem da auto-percepção de saúde nos primeiros quinze anos de vida			
	Excelente	Boa	Ruim	NS/NR
Boa	61,5	35,4	2,8	0,3
Regular	49,0	47,0	3,8	0,2
Ruim	37,6	50,3	11,8	0,3
NS/NR	15,5	37,8	5,5	41,2
Total	49,1	44,4	5,9	0,6

Fonte: Projeto SABE

O chamado índice de auto-avaliação satisfatória (auto percepção muito boa/boa) encontrado no presente estudo foi maior (46%) que os da PNAD 2003 (72). Esse é um indicador que vem sendo cada vez mais usado para identificar níveis de saúde e portanto de necessidades de atenção, considerando inclusive sua auto referência e sua capacidade de gerar demanda. Poderá ser inclusive um bom indicador para acompanhar a qualidade de vida porque traduz não só a instalação das doenças, mas o quanto elas são graves, incomodam, limitam e afetam a auto estima (131).

Conforme observa-se no Gráfico 1, a auto-percepção é pior na renda mais baixa, independente de sexo e idade. A renda foi categorizada em menor renda (sem renda, primeiro e segundo quintil de renda) e maior renda (terceiro, quarto e quinto quintil de renda). Portanto, existem desigualdades em saúde no presente estudo, considerando a auto-percepção como indicador de necessidades indicando que em São Paulo, quanto pior a condição sócio-econômica dos idosos, pior a condição de saúde. (94-96, 85)

Gráfico 01 - Auto-percepção de saúde dos idosos , segundo renda, sexo e idade, no Município de São Paulo, em 2000.



Fonte: Projeto SABE

Os idosos estudados apresentaram alta morbidade referida de doenças crônicas (71,5%), semelhante ao PNAD 2003, que encontrou 77,6% da população acima de 65 anos como portadora de alguma doença. Observa-se que essa necessidade de saúde, ainda não reflete integralmente sua capacidade de gerar demanda aos serviços de saúde, considerando que parte dos doentes, mesmo no caso de cardiopatias, por exemplo, não referem o uso de serviços.

Uma proporção elevada dos entrevistados declarou sofrer de três ou mais doenças, mais comum entre as mulheres com mais de 75 anos (21,9%) conforme observamos na Tabela 17, sendo a doença mais prevalente a “pressão alta” (53,3%),

conforme Tabela 18. A auto-percepção excelente/muito boa/boa é menor na presença de auto-referência de doenças (115), conforme Tabela 19.

Tabela 17 - Doenças Crônicas auto-referidas pelos idosos, em porcentagem, segundo idade e sexo, no Município de São Paulo, em 2000.

Porcentagem de doenças crônicas auto referidas		Nenhuma	1 e 2	3 ou mais
Mulheres	60 a 74 a	21,9	58,8	19,3
	> 75 a	17,9	60,2	21,9
Homens	60 a 74 a	27,9	56,3	15,9
	> 75 a	28,9	51,4	19,7
Total		23,9	57,5	18,6

Fonte: Projeto SABE

Tabela 18 – Distribuição dos idosos, segundo doenças crônicas auto referidas, no Município de São Paulo, em 2000.

Doenças Crônicas Auto-referidas	%
Hipertensão Arterial	53,3
Doenças Articulares	31,7
Doença Cardíaca	19,5
Diabetes Mellitus	17,9
Doença Pulmonar Crônica	12,2
Doença Vascular	7,2
Câncer	3,3

Fonte: Projeto SABE

Tabela 19 - Auto-percepção de saúde, em porcentagem, segundo doenças crônicas referidas, no Município de São Paulo, em 2000.

Doenças referidas	Porcentagem de auto-percepção de saúde					
	Exce- lente	Muito boa	Boa	Re- gular	Má	NS/ NR
<i>Distribuição Total</i>	<i>4,7</i>	<i>6,0</i>	<i>35,3</i>	<i>45,6</i>	<i>8,2</i>	<i>0,2</i>
Hipertensão arterial	2,4	4,4	30,0	52,8	10,3	0,2
Diabetes Mellitus	2,5	2,1	24,3	59,3	11,2	0,6
Câncer	3,1	6,7	25,4	49,1	15,2	0,5
Doença Crônica Pulmonar	1,3	4,5	28,3	52,8	13,1	0,0
Doença Cardíaca	1,7	2,3	23,5	58,4	14,1	0,0
Embolia /Derrame	2,5	1,4	19,4	60,2	16,3	0,2
Doença Articular	2,5	4,6	26,5	54,6	11,5	0,3

Fonte: Projeto SABE

O Projeto SABE verificou a morbidade referida das sete condições crônicas mais habituais: pressão alta, diabetes, problema cardíaco, tumor maligno, embolia/derrame, doença crônica pulmonar e artrite/reumatismo/artrose. Foi questionado aos idosos se algum profissional de saúde já havia anteriormente lhe dito que tinha determinada doença. A doença de maior prevalência foi a “pressão alta”, que chegou a 53,3%, sendo 56,3% e 49,0%, respectivamente, nos sexos feminino e masculino. Trata-se de uma frequência alta, que impacta no aumento de recursos necessários para o tratamento e prevenção das complicações dessas doenças na população (114, 126). Também foi questionada a existência de algum distúrbio nervoso ou psiquiátrico e confirmado em 15,5% dos idosos.

Grande porcentagem dos que relatam a presença de hipertensão arterial e diabetes mellitus (85,1% e 87,0% respectivamente) indica que elas estão controladas (Tabela 20). Existia neste bloco do questionário, perguntas específicas sobre o uso de serviços de saúde, apenas nos casos de cardiopatia e problemas articulares/reumatológicos. No entanto, os altos índices de controle descritos para a hipertensão arterial sistêmica e, principalmente, para o diabetes mellitus, indicam altas taxas de utilização de serviços de saúde motivada pelas doenças crônicas. É

descrito o uso de serviços de saúde em 74,9% dos casos de cardiopatia e em 48,2% dos casos de problemas articulares/reumatológicos. Chama a atenção que, destes, 83,2% convivem com a presença de dor articular. A baixa utilização de serviços de saúde pelos idosos portadores de doenças articulares, principalmente com presença de dor articular, pode indicar alguma restrição de acesso aos serviços de saúde, em particular, a disponibilidade de serviços resolutivos.

Tabela 20 – Porcentagem de controles das doenças crônicas auto-referidas pelos idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Doenças Auto-referidas	Controles	%
<i>Hipertensão Arterial</i>	Mantem pressão controlada	85,1
	Utiliza medicamento para a doença	80,6
	Faz dieta por causa da doença	45,1
<i>Diabetes Mellitus</i>	Mantem glicemia controlada	86,9
	Utiliza medicamento para a doença	64,3
	Faz dieta por causa da doença	61,5
	Utiliza insulina	12,7
<i>Reumatismo/Artrose/Artrite</i>	Tem dor articular	83,2
	Tem limitação pela doença	63,1
	Realizou consulta pela doença	48,2
	Utiliza medicamento para a doença	40,0
	Sofreu cirurgia pela doença	3,7
<i>Cardiopatia</i>	Consultou médico pela doença	75,0
	Utiliza medicamento para a doença	71,3
	Tem limitação pela doença	44,2
	Foi internado pela doença	11,1

Fonte: Projeto SABE

É importante lembrar que a atenção à saúde, acolhimento dos serviços de saúde e ao modelo de atenção, relativo ao acompanhamento das doenças crônicas ainda não atinge as necessidades dos idosos. Os serviços de saúde estão organizados

principalmente para o atendimento da doença aguda mas, deve orientar seu processo de trabalho para dar conta também das necessidades dos portadores de doenças crônicas, em particular os idosos. Estes, apresentam quadro de doenças múltiplas, onde mais de 20% das mulheres apresentam mais de três doenças crônicas, o que indica múltiplas necessidades de intervenção (133).

Os cuidados integrados às doenças crônicas vêm sendo preconizados pela Organização Mundial de Saúde (37) como uma das estratégias de enfrentamento desse quadro. Indica a importância da mudança de paradigmas, com vigilância de rotina, monitoramento e avaliação como elementos fundamentais para possibilitar a adaptação dos sistemas a contextos variáveis. Reforça a necessidade de desenvolver um sistema de saúde integrado, que atue contra a fragmentação dos serviços e propicie resultados melhores, com menos desperdícios, maior eficiência e uma experiência menos frustrante para os pacientes.

Nesse sentido, é importante que os serviços de saúde estejam organizados mediante modelos de atenção baseados na gestão do cuidado, com atenção oportuna e qualificada, baseada nos melhores padrões evidenciados cientificamente, onde as necessidades dos idosos sejam contempladas na rede de serviços públicos e privadas, não só de saúde, como também em toda rede de apoio possível, no âmbito familiar e social (19,37).

Com relação à análise das desigualdades, é importante verificar que elas geram características de necessidade diferenciadas que, independente das desigualdades sociais, impactam no uso e acesso dos serviços de saúde (50-54). As desigualdades no acesso, quando estudadas sob o enfoque do uso, devem considerar a grande determinação das necessidades de saúde no uso dos serviços, ou seja, a pressão da demanda em função da gravidade percebida da doença. Além disso, não podemos desconsiderar os óbitos. Estudos de desigualdade no acesso e uso de serviços em particular de idosos, traduzem, de antemão, as desigualdades da mortalidade, o que também é fator de subestimação.

Com relação à seção específica do uso e acesso aos serviços de saúde do questionário do SABE utilizado (Anexo A), observaram-se algumas dificuldades relativas a um único instrumento para toda a América Latina, com sistemas de saúde

distintos (126). Todo o bloco de questões referentes ao uso e acesso aos serviços de saúde ,que vão de F1 a F31, refletiram limitações ao estudo.

A questão F1 (*Que tipo de seguro de saúde o sr. tem?*), referente ao seguro saúde, pode ter gerado alguma distorção quando questiona se tem seguro social, terminologia não utilizada no Brasil que tem o SUS como sistema público universal. Além disso, não há a informação referente aos seguros ou convênios, se coletivos ou individuais ou, até mesmo, o valor de sua mensalidade, o que poderia contribuir com o conhecimento necessário.

A questão F2 (*Seu seguro cobre tudo, em parte ou nenhum dos seguintes gastos médicos?*) , por sua vez, questiona, sobre a cobertura de procedimentos que, apesar da legislação referente à ampla cobertura destes, é comum as pessoas não saberem referir a que tem direito, quando deles não precisou usufruir.

Com relação à questão F3(*Durante os últimos 12 meses, onde o(a) sr(a) foi quando se sentiu doente ou quando precisou fazer uma consulta de saúde?*) , que questiona o uso de serviços de saúde no último ano e o motivo da não utilização, tem como principal dificuldade a não concordância de período das questões subseqüentes, que se referem ao período de quatro meses. O período de um ano também foi utilizado para morbidade referida o que não é habitual. Apesar de identificar onde ocorreu o atendimento, clínica ou hospital, serviço público ou privado, não é possível identificar nesta questão a tipologia do atendimento, se ambulatorial; se eletivo; de atenção básica ou referenciada; e de pronto atendimento ou de internação. Em função do instrumento, não é possível identificar serviços de referência ou equipe de saúde da família, bem como se inserido em serviços especializados em geriatria ou de atendimento domiciliar, não permitindo avançar na análise do modelo de atenção pretendido ou utilizado.

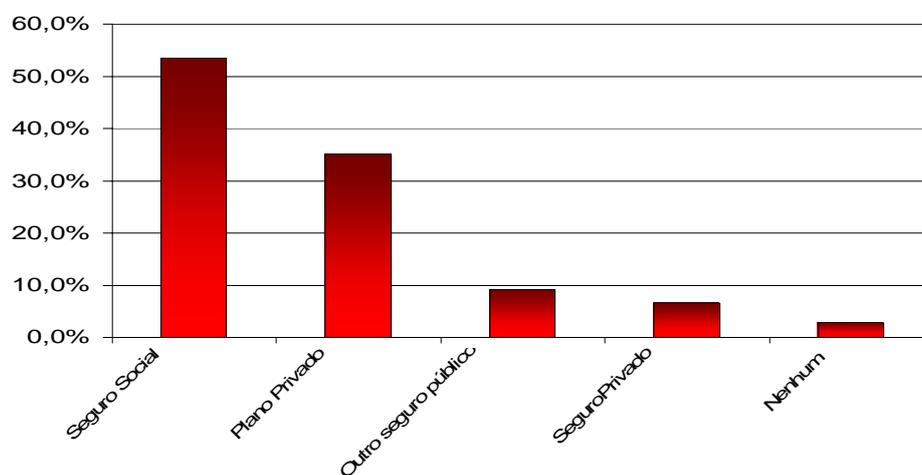
As questões de F4 (*Durante os últimos 4 meses, quantas vezes diferente esteve internado em um hospital, pelo menos por uma noite?*) a F10 (*No total, quanto pagou ou pagaram, particularmente, por esta internação?*), se referem à última internação nos últimos quatro meses. Esse período, que se repete no questionamento do uso de atendimento ambulatorial, nas questões de F11(*Excluindo esta internação. Nos últimos 4 meses o(a) Sr(a) procurou assistência médica ou uma consulta médica de qualquer tipo?*) a F30 (*Porque não fez nenhuma consulta médica*

nos últimos quatro meses?), não corresponde ao habitualmente utilizado (último ano ou nos últimos quinze dias quando o fator memória é mais relevante), o que pode gerar alguma dificuldade de comparação com outros estudos.

Nos dois blocos de questões (últimos atendimentos, de internação e de consulta), questiona-se quem e quanto pagou pelo atendimento, a realização de exames e os medicamentos. Não há o questionamento de demanda reprimida (procurou e não conseguiu) para caracterizar a falta de acesso, mas consta a referência de não utilização dos serviços, e sua motivação, o que também pode gerar dificuldades de comparação. O bloco específico do questionário encerra-se com a questão F31 (*Antes de terminarmos esta seção o Sr.(a) poderia responder se recebeu alguma dessas vacinas?*), que se refere à utilização de vacina de gripe no último ano e de tétano nos últimos dez anos.

Nas respostas das questões do Bloco F (Uso e acesso aos serviços de saúde), em relação à posse de seguro saúde, observou-se que 21,6% detém plano e/ou seguro privado de saúde, sendo que 53,4% identificou ter seguro social. Isso pode significar uma baixa referência ao SUS, que é constitucionalmente de direito universal (Gráfico 02) mas também, indica um grande contingente de população que depende exclusivamente do SUS, nessa faixa etária. Dos que referiram apenas ter seguro social ou nenhum seguro, 51,07% são SUS dependentes, ou seja, não referiram outro seguro (Tabela 21). Outro seguro público, que é relativo a assistência de servidores municipais, estaduais e federais, foram referidos em 9,1%. Na tabela 21 observou-se o resultado das respostas combinadas na população estudada, enquanto o Gráfico 02 refere-se à porcentagem dos seguros saúde no conjunto de respostas múltiplas.

Gráfico 02 – Distribuição dos idosos, segundo referência à posse de seguro saúde, no Município de São Paulo, em 2000.



Fonte: Projeto SABE

Tabela 21 - Distribuição dos idosos, segundo dependência de seguro saúde, no Município de São Paulo, em 2000.

Dependência de Seguro Saúde	População	%
Somente Seguro Social ou Nenhum	427.013	51,1
Seguro/Plano Privado	307.287	36,8
Seguro Social e Plano/Seguro Privado	25.948	3,1
Outro Seguro Público	45.640	5,5
Seguro Social e Outro seguro público	17.944	2,2
Outro Seguro Público e Plano/Seguro Privado	12.372	1,5
Total	836.204	100,0

Fonte: Projeto SABE

A baixa frequência de indicação de posse de seguro social (53,4%), pode ainda demonstrar a pouca lembrança e confiança dos idosos brasileiros no sistema público, ou então, não se referem porque não utilizaram. Relaciona-se, portanto mais

à sua utilização do que à incorporação de um direito social. Nesse sentido, quem não precisou usar e quem utiliza o sistema privado, tende a considerar que não tem seguro social.

Com relação aos outros seguros públicos, que se referem, neste estudo, aos planos de auto-gestão de assistência à saúde de servidores públicos, não se pode desconsiderar eventuais erros referentes ao uso do PAS – Plano de Atendimento à Saúde, de âmbito municipal, em funcionamento no período da pesquisa e que primava por não se referir ao SUS, definido constitucionalmente, mas sim como um plano, nos moldes do seguro privado, só que público. A posse de seguro saúde é menos freqüente que a dos planos privados, quando analisados separadamente, mas deve-se salientar que a maioria das pessoas tem dificuldade em identificar a diferença entre eles.

Observou-se que 41,4% são cobertos por um plano de saúde privado, maior que os dados da PNAD 2003 (30% para maiores de 65 anos), o que provavelmente se explica pela diferença da faixa etária analisada, considerando-se que o componente de 60 a 65 anos tem maior inserção no mercado, além de poder traduzir uma realidade do Estado de São Paulo (72). Esse “mix” público privado reforça a necessidade do sistema privado também precisar ser alvo de transformação do modelo de atenção, cuja rede não está voltada ao gerenciamento de casos crônicos e à gestão do cuidado integral ao idoso, e apresenta intensa lógica médica (23,37).

Os seguros/planos privados não cobrem a totalidade de consultas médicas (tabela 22) , e tem baixa cobertura de próteses (4,7%) e medicamentos(1,3%) .

Tabela 22 - Porcentagem de coberturas dos seguros/planos privados dos idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Cobertura do Seguro	N	%
Consulta de Clínica geral	373.364	92,0
Consulta de Especialista	366.981	90,5
Exames	349.428	86,1
Internação	346.670	85,4
Reabilitação	290.119	71,5
Homeopatia	124.446	30,7
Odontologia	48.187	11,9
Próteses	19.127	4,7
Ganhos perdidos por doença	9.942	2,5
Medicamentos receitados	5.146	1,3
Óculos	3.017	0,7

Fonte: Projeto SABE

A posse de seguro saúde privado (seguro e plano privado) e público (seguro social e outros seguros públicos) varia de acordo com a renda (menor renda, 1º e 2º quintil da renda total categorizado como menor renda) e a escolaridade (ter freqüentado escola). Os idosos com baixa renda e, principalmente os sem escolaridade, dependem mais do seguro público (tabela 23). Dos que têm seguro privado, 55,7% indicaram melhor auto-percepção de saúde (muito boa/boa) e 77,7% referiram pelo menos uma doença crônica, sendo que dos que tem seguro público apenas 40%, indicaram melhor auto-percepção de saúde, mesmo incluído neste os outros seguros de servidores públicos e 76,1% referiram uma doença crônica. Isso pode indicar a necessidade do sistema público de saúde ampliar acesso e cobertura de serviços, em busca da efetiva universalização, integralidade e igualdade requerida.

Tabela 23 – Posse de seguro saúde pelos idosos, segundo renda e escolaridade, no Município de São Paulo, em 2000.

Escolaridade e Renda	Seguro Público		Seguro Privado	
	N	%	N	%
Não frequentou escola	141.634	82,5	30.080	17,5
Renda Baixa	283.298	71,9	110.961	28,1
Não frequentou escola e renda baixa	97.666	83,5	19.236	16,5
Total	510.818	64,5	281.399	35,5

Fonte: Projeto SABE

A posse de seguro privado é maior na população idosa com maior renda, maior escolaridade, menor idade e que apresenta melhor situação de saúde. O maior uso por essa população com menor necessidade, considerando as características de situação de saúde como um dos principais determinantes do uso, é indicativo de desigualdades. NO PNAD 2003 (72), esse perfil também foi identificado com uma cobertura por plano de saúde maior para as pessoas que avaliaram seu estado de saúde como muito bom e bom.

Conforme outros estudos de desigualdades no Brasil como os de Quartaroli, Campino e Montoya Diaz (81), observa-se que a desigualdade social é muito maior que a desigualdade na saúde e a desigualdade no acesso a serviços mas que estão intimamente relacionadas. As desigualdades sócio-econômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer e morrer e juntas indicam diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar serviços de saúde. Apesar do compromisso do sistema público brasileiro de saúde (41), de acesso universal e igualitário, evidenciou-se associação entre posse de seguro saúde e uso de serviços de saúde, o que traduz desigualdades, independente da temporalidade, ou seja, ter seguro de saúde porque usa mais os serviços ou usar mais os serviços porque tem seguro de saúde.

As desigualdades em saúde com relação à capacidade de acessar os serviços identificam o movimento da busca, de acessar e usar os serviços de saúde conforme a disponibilidade e sua necessidade (80-83). Essa capacidade está diretamente

relacionada, além da renda e escolaridade, à posse de seguro saúde privado, por considerar a disponibilidade da oferta da rede pública e privada.

Quanto maior a idade, menor a possibilidade de ser detentor de seguro privado, em função de sua não inserção do mercado de trabalho, da redução de renda e do aumento do custo dos seguros, proporcional à idade. No entanto, quanto mais idoso, maior a necessidade. Isso pode ter contribuído para que o fato de ter mais de 75 anos não predisponha a um maior uso de serviços, conforme verificado na análise estatística.

É importante considerar ainda que os muito idosos, ainda em pequena quantidade, têm uma grande importância quando se estuda o acesso e uso dos serviços de saúde pois demandam serviços distintos e têm necessidades de apoio, familiar, institucional e social, muito específicos e ainda pouco estudados (132).

Verificou-se o uso de serviços de saúde para ações preventivas e, observou-se que grande parte dos idosos (60,2%) procurou a vacinação contra gripe nos últimos doze meses (tabela 25), com pequena variação em relação ao sexo (61,3 para as mulheres e 58,6% para os homens) conforme indicados na tabela 24.

Tabela 24 - Situação vacinal dos idosos, segundo sexo, no Município de São Paulo, em 2000.

Situação Vacinal	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gripe nos últimos doze meses	40.111	8,2	23.871	6,9	63.982	7,7
Tétano nos últimos dez anos	31.830	6,5	28.266	8,2	60.096	7,2
Nenhuma	155.202	31,8	114.153	33	269.355	32,3
Ambas	259.678	53,1	178.542	51,7	438.220	52,5
NS/NR	1.986	0,4	561	0,2	2.547	0,3
Total	488.807	100	345.393	100	834.200	100

Fonte: Projeto SABE

A cobertura vacinal de 60% indica a adesão dessa população a programas específicos e voltados à melhoria das suas condições de saúde e o potencial existente nas possibilidades de prevenção e diagnóstico precoce de doenças crônicas em redes

mais voltadas às necessidades dessa população e, portanto, mais acolhedoras. Das mulheres, 43,7% relataram ter realizado teste de Papanicolau nos últimos dois anos, exame citológico para prevenção de câncer ginecológico, enquanto que 38,9% já realizaram exame de mamografia nos últimos dois anos, para prevenção do câncer de mama. Diferente do observado, esperava-se menor cobertura da mamografia, em função de ser uma prática de utilização mais recente e estar relacionada à dependência de equipamento radiológico. Os homens relataram a realização de exame clínico para prevenção de câncer de próstata nos últimos dois anos em 40%, taxa significativa considerando os preconceitos existentes, principalmente em idosos.

É importante relacionar as motivações que levam os idosos a procurar e usar serviços de saúde, tanto preventivas quanto curativas, no sentido de identificar possibilidades de ações que possam traduzir a filosofia de evitar “oportunidades perdidas” nesse contato, como no caso do exame bucal para diagnóstico precoce de câncer, realizado em alguns anos em concomitância com a campanha de vacinação contra a gripe. Além disso, a resposta obtida pelas campanhas para a realização das cirurgias de catarata deve trazer reflexões referentes ao que esses idosos esperam dos serviços de saúde e os modelos que melhor possam enfrentar as desigualdades descritas.

César e Paschoal (126) identificaram padrão de utilização dos serviços preventivos, semelhantes para os grupos de escolaridade, indicando menor padrão de desigualdade nas ações preventivas, o que pode estar relacionado à um melhor acesso público às vacinações.

Quanto ao acesso à atenção à saúde, o inquérito identificou se o idoso precisou ou realizou consulta médica nos últimos doze meses e, quando a resposta era negativa, direcionava ao final do bloco, apenas para responder a pergunta relativa à cobertura vacinal. Considerando que quem não usou serviços nos últimos doze meses também não os usou nos últimos quatro meses, foi realizado, um ajuste do cálculo de não utilização (Tabela 25). O uso dos serviços de saúde ambulatorial recalculado, nos últimos quatro meses, foi de 64,23% (Gráfico 03).

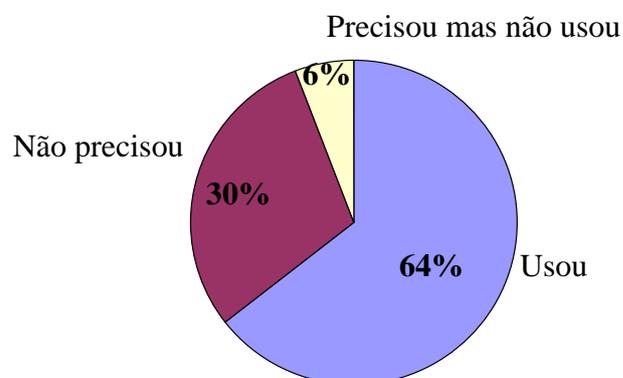
Tabela 25 - Uso e acesso aos serviços de saúde, nos últimos quatro e doze meses, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Uso de serviços	Nos últimos doze meses		Nos últimos quatro meses		Nos últimos quatro meses corrigido	
	N	%	N.	%	N.	%
Usou	696.839	83,3	538.456	77,3	538.457	64,4
Não precisou	119.489	14,3	130.011	18,7	249.500	29,8
Precisou mas não usou	19.876	2,4	28.371	4,1	48.247	5,8
Não usou	139.365	16,7	158.382	22,7	297.747	35,6
Total	836.204	100,0	696.838	100,0	836.204	100,0

Fonte: Projeto SABE

Os resultados deste estudo demonstram que os idosos brasileiros apresentam altas taxas de utilização de serviços de saúde. O uso de serviços de saúde (ter realizado pelo menos uma consulta) no último ano, de 83,3%, foi pouco maior que a PNAD 2003 que identificou 79,5% mas que se refere a maiores de 65 anos (59). A população de 60 a 65 anos pode explicar essa diferença pois apresenta alta utilização de serviços de saúde, além dos dados desta pesquisa serem referentes ao estado de São Paulo. Comparando com dados dos Estados Unidos, em estudo com metodologia semelhante, encontrou-se 82,4% de uso de serviços médicos nos últimos quinze meses para idosos com mais de 65anos (124).

Gráfico 03- Uso e Acesso de serviços de saúde, nos últimos quatro meses, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.



Fonte: Projeto SABE

Os motivos para não ter ido aos serviços, mesmo precisando, nos últimos quatro meses, estão relacionados principalmente às questões da gravidade da doença e auto-medicação, mas, também, à qualidade, distância e custo dos serviços (Tabela 26). Com referencia aos motivos que o levaram a não usar serviços de saúde, mesmo precisando, variável indireta da dificuldade de acesso aos serviços, constatou-se grande porcentagem de respostas codificadas como outros (53,2% quando questionado nos últimos doze meses e 17,9%, quando referente aos últimos quatro meses) conforme descrito na Tabela 26. Além disso, as opções de respostas entre as duas formas de questionamento eram distintas. Das cinquenta e oito respostas codificadas inicialmente como “outras”, cinco se referiam a não ter quem levasse, que poderiam ter sido codificados já nesta categoria e cinco eram referentes ao problema não ser grave, passível de ser codificado apenas em dois casos, referentes ao questionamento dos quatro meses.

O restante, era referente a respostas não existentes como categorias prévias de codificação, sendo vinte e quatro relativas ao idoso não gostar de ir aos serviços ou ter medo, oito relativas a não ter vontade ou ter esquecido, seis casos em que não conseguiram marcar o atendimento e em dez questionários a referência que o período de retorno agendado para o tratamento que realizava, era maior que os quatro meses questionados. Observou-se a manutenção das principais causas para o não uso, tais

como o problema não era grave e a auto-medicação, bem como a qualidade, distância e custo dos serviços.

Tabela 26 – Distribuição dos motivos de não ter ido aos serviços, mesmo precisando, nos últimos quatro e doze meses, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Motivo da falta de acesso aos serviços	Nos últimos doze meses		Nos últimos quatro meses		Nos últimos quatro meses corrigido	
	N	%	N.	%	N.	%
O problema não era grave	-	-	14.287	25,8	14.287	17,9
Automedicou-se	-	-	14.261	25,8	14.261	17,9
Outro	12.923	53,2	9.937	17,9	22.860	28,7
Atendimento ruim	3.885	16,0	5.189	9,4	9.074	11,3
Tempo e custo da viagem/ falta de transporte	1.363	5,6	3.868	7,0	5.231	6,6
Não tem dinheiro / custo	3.297	13,6	2.830	5,1	6.127	7,7
Não tem tempo/família precisa dele	2.831	11,6	2.699	4,9	5.530	7,0
NS/NR	-	-	2.286	4,1	2.286	2,9
Total	24.299	100,0	55.357	100,0	79.656	100,0

Fonte: Projeto SABE

Os principais motivos de não ter acessado os serviços de saúde, na renda mais baixa, são referentes ao problema não ser grave, assim como distância e qualidade dos serviços de saúde (Tabela 27). A motivação que fez os idosos de menor renda

não irem aos serviços, mesmo precisando, foi maior e indicam desigualdades no acesso.

Tabela 27 – Motivos de não ter utilizado os serviços, mesmo precisando, segundo menor renda, em porcentagem, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Motivos do não uso	Menor Renda (Até o 3o. quintil)
Atendimento Ruim	79,8%
Distância	75,9%
Problema não grave	60,8%
Custo	59,6%
Outro	59,5%
Automedicou-se	54,8%
Família precisava dele	36,5%

Fonte: Projeto SABE

A proporção dos entrevistados que referiu ter utilizado algum serviço de saúde nos últimos doze meses foi de 83,3%, sendo que 4,7% referiu pelo menos uma internação hospitalar (Tabela 28) e 77,3% pelo menos um atendimento ambulatorial nos últimos quatro meses. As internações hospitalares não apresentaram grandes variações na sua distribuição por posse de seguro saúde público ou privado, sendo pouco maior para outros seguros públicos. Quem declarou não ter nenhum seguro saúde, nem o social, não foi internado nos últimos quatro meses.

Apesar das altas taxas de utilização, é importante verificar que a população idosa, apesar de apresentar alta necessidade e predisposição para o uso de serviços de saúde, apresenta baixa capacidade de acessá-los em função da idade avançada, de suas limitações e de não ter quem os acompanhe.

Tabela 28 – Taxa de internação hospitalar dos idosos, segundo posse de seguro saúde, no Município de São Paulo, em 2000.

Posse de Seguro	N	%
Seguro Social	22836	6,2
Outro Seguro Público	4360	8,5
Seguro Privado	1389	3,7
Plano Privado	11854	5,2
Total	40439	4,7

Fonte: Projeto SABE

A frequência de internações indica, na Tabela 29, uma relação com a auto-referência de doenças crônicas. Observa-se ainda, nas Tabelas 29 e 30, pouca associação entre renda e escolaridade com as internações hospitalares. Observa-se, portanto, quadro de desigualdade no acesso menos evidente que no caso do uso das consultas ambulatoriais, provavelmente por maior determinação da necessidade (79). No entanto, é importante a observação de quem não relatou nenhum seguro, não ter tido nenhuma internação, o que pode indicar a total ausência de acesso a serviços por esses idosos.

A internação hospitalar foi baixa (4,7%), em função de utilizar base quadrimestral, em comparação aos dados anuais da PNAD 2003 (7% para a população total e 14% para os idosos). Projetando-se para uma taxa anual, poder-se-ia observar situação semelhante (14,1%). Estudos relacionados ao uso de serviços de saúde pela população total como a PNAD (72), utilizam, em geral, o período de um ano para o uso de serviços de saúde e de duas semanas anteriores à entrevista, nos casos que se deseja um maior detalhamento e menor viés de memória como por exemplo, condições de saúde e características do último atendimento.

Tabela 29 – Taxa de internações hospitalares dos idosos, nos últimos quatro meses, segundo doenças crônicas auto referidas e renda, no Município de São Paulo, em 2000.

Internações Hospitalares		N	%
Sem doenças referidas	Até o 3o. quintil	1.003	1,7
	Maior que o 3o. quintil	1.802	2,5
Uma e Duas doenças	Até o 3o. quintil	9.364	4,3
	Maior que o 3o. quintil	11.937	6,0
Três ou mais doenças	Até o 3o. quintil	8.226	9,6
	Maior que o 3o. quintil	8.107	12,6
Total		40.439	4,7

Fonte: Projeto SABE

Tabela 30 – Taxa de internação hospitalar dos idosos, nos últimos quatro meses, segundo frequência à escola, no Município de São Paulo, em 2000.

Internação	Foi a escola			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Sim	32416	5,9	8166	5,4
Não	513478	94,1	142638	94,6
Total	545894	100,0	150804	100,0

Fonte: Projeto SABE

Dos que foram internados nos últimos quatro meses, a maior parte dos idosos declarou apenas uma internação (85,9%) nos últimos quatro meses (Tabela 31). A taxa de reinternação de 14,1% nas internações ocorridas nos últimos quatro meses é

semelhante à população geral, no PNAD 2003, que é de 20,7%, para as internações ocorridas no último ano.

Tabela 31 – Distribuição das internações hospitalares dos idosos, por frequência, nos últimos quatro meses, no Município de São Paulo, em 2000.

Número de		
Internações	N	%
Uma	34760	85,9
Duas	4371	10,8
Três	935	2,3
Quatro	89	0,3
Cinco	284	0,7
Total	40439	100,0

Fonte: Projeto SABE

Quanto à tipologia do atendimento, observou-se que, dos atendimentos ambulatoriais nos últimos quatro meses, 24,7% ocorreram em hospital público e 24,1% em serviço ambulatorial público sendo que nos serviços privados, 14,5% ocorreram em hospital e 33,7% ocorreram em clínicas. Com relação à tipologia de uso dos serviços, foi observado que as respostas “*outros*” estavam relacionadas ao atendimento domiciliar, opção somente disponível quando questionado sobre os atendimentos ambulatoriais nos últimos quatro meses, com menor resultado de “*outros*” (Tabela 32). Ambas as questões apresentam padrão semelhante nas respostas.

Tabela 32 – Distribuição dos serviços utilizados nos últimos quatro e doze meses, segundo tipologia de serviço, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Tipologia de serviço	Nos últimos doze meses		Nos últimos quatro meses	
	N	%	N	%
Consul.partic	260.673	29,7	181.651	33,7
Clín. públ.	212.155	24,2	129.973	24,1
Emerg.hosp parti	28.558	3,3	-	-
Hosp particular	116.943	13,3	78.012	14,5
Hospital públ	197.476	22,5	133.101	24,7
Emerg.hosp publ	47.656	5,4	-	-
Farmácia	2.013	0,2	2.372	0,5
Curandeiro	790	0,1	-	-
Própria casa	-	-	6.301	1,2
Outro	11.224	1,3	7.045	1,3
NR	285	0,0	-	-
Total	877.773	100,0	538.456	100,0

Fonte: Projeto SABE

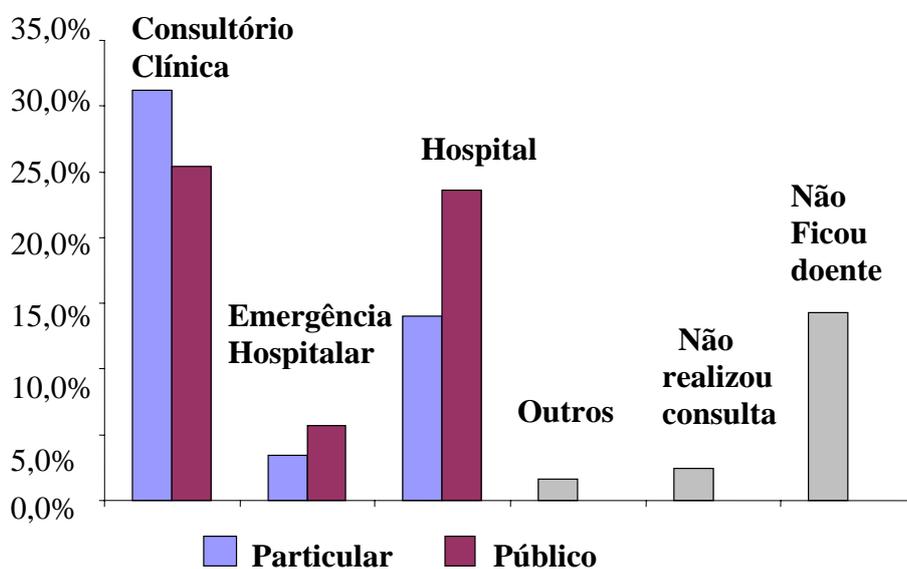
Metade dos atendimentos ocorreu nos serviços públicos (Tabela 33) e observa-se que o uso de serviços hospitalares é maior nos atendimentos ocorridos nos serviços públicos, enquanto o atendimento em consultórios e clínicas é mais freqüente quando do uso dos serviços privados (Gráfico 04).

Tabela 33 – Distribuição dos serviços utilizados nos últimos quatro meses, segundo categoria de serviço, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Tipo de Atendimento realizado nos últimos quatro meses	N	%
Serviço Público	263.074	49,0
Serviço Privado	259.663	48,3
Outros	14.370	2,7
Total	537.107	100,0

Fonte: Projeto SABE

Gráfico 04 – Uso de serviços de saúde nos últimos doze meses, segundo tipologia e categoria do serviço, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.



Fonte: Projeto SABE

Os serviços públicos foram utilizados principalmente pelos que referiram ter seguro social. Os que referiram nenhum seguro e outro seguro privado tiveram maior

utilização de consultório particular, assim como os portadores de seguro privado (Tabela 34).

Tabela 34 – Tipologia de serviço utilizada segundo seguro social, em porcentagem, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Seguro Saúde	Hosp.	Hosp.	Cons.	Clín.	Própria	
	Públ.	Priv.	Partic.	Públ.	Casa	Outro
Seguro Social	39,6	2,9	9,9	44,9	1,4	1,3
Outro seguro público	46,8	11,7	31,3	4,0	0,9	5,3
Seguro privado	3,1	41,7	49,2	1,5	0,0	4,4
Plano privado	0,9	28,4	66,9	1,1	1,1	1,6
Nenhum	6,7	9,0	68,5	7,4	0,0	8,4
Total	24,7	14,5	33,7	24,0	1,1	2,0

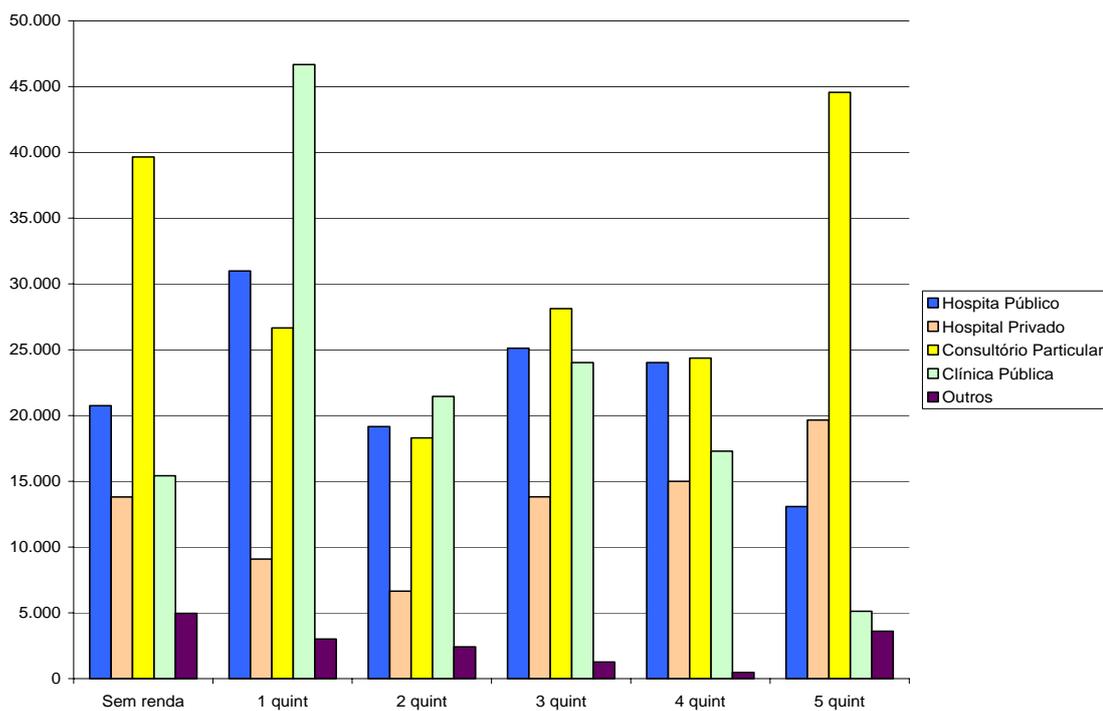
Fonte: Projeto SABE

No estudo SABE, César e Pascoal (126) analisaram a associação da utilização dos serviços com a escolaridade, onde uma maior proporção dos idosos com até 4 anos de escolaridade (33,6%), indicou a utilização de Hospital Público, seguida de Clínica Pública, com 29,7%, mostrando os serviços públicos como sua principal alternativa além do acesso direto a serviços hospitalares. Uma proporção de 25,1% deles procurou Consultório Privado e, 15,1%, Hospital Particular. Nos casos da procura hospitalar, tanto por hospitais públicos como particulares, uma parcela muito pequena dos entrevistados recorreu aos serviços de pronto-socorro.

Os idosos com menor renda utilizaram mais a clínica e os hospitais públicos enquanto os idosos com maior renda utilizaram mais os consultórios e hospitais privados, o que se repete nas mulheres mais novas mas, nas mais velhas, há um maior consumo de consultórios privados, mesmo nas menores rendas, e o hospital privado só é mais utilizado no 5º. quintil. Os homens com rendas maiores utilizam mais os serviços públicos que as mulheres, usam mais nos níveis de renda maiores e com maior uso de hospitais. (Gráfico 05). É importante verificar que a distribuição por quintis foi calculada para a população como um todo, tendo uma distribuição

desigual por sexo, com maior concentração de mulheres nas categorias de menor renda, conforme observamos na Tabela 35.

Gráfico 05 - Tipologia de serviços utilizados segundo quintis de renda, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.



Fonte: Projeto SABE

Tabela 35 - Tipologia de serviços utilizados, segundo sexo, idade e quintis de renda, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

<i>Sexo, Idade e Quintis de renda</i>		<i>Hospital Público</i>	<i>Clínica Pública</i>	<i>Hospital Privado</i>	<i>Clínica Privada</i>	<i>Outros</i>	
Mulheres	60 a 74 anos	Sem renda	23,9%	17,8%	15,8%	42,4%	3,9%
		1 quint	28,3%	42,6%	5,6%	23,5%	0,6%
		2 quint	23,2%	25,7%	12,3%	38,7%	1,7%
		3 quint	27,2%	15,4%	20,3%	37,1%	0,0%
		4 quint	32,1%	15,0%	15,4%	37,5%	0,0%
		5 quint	19,7%	4,0%	10,3%	66,0%	6,7%
	Mais de 75 anos	Sem renda	18,6%	18,4%	17,2%	45,7%	3,8%
		1 quint	25,4%	39,4%	8,8%	26,4%	5,8%
		2 quint	31,1%	28,6%	9,2%	31,1%	8,4%
		3 quint	21,1%	26,6%	16,6%	35,7%	1,1%
		4 quint	31,5%	16,0%	19,8%	32,7%	6,1%
		5 quint	4,6%	4,2%	39,0%	52,2%	6,5%
Homens	60 a 74 anos	Sem renda	19,8%	12,4%	12,0%	55,8%	18,3%
		1 quint	17,9%	39,4%	15,5%	27,2%	4,5%
		2 quint	39,0%	52,3%	5,2%	3,5%	5,6%
		3 quint	27,7%	39,9%	7,4%	25,0%	3,2%
		4 quint	27,5%	27,4%	19,3%	25,8%	0,0%
		5 quint	14,2%	6,9%	32,0%	46,9%	3,3%
	Mais de 75 anos	Sem renda	47,5%	15,4%	6,6%	30,5%	0,0%
		1 quint	41,6%	39,9%	10,4%	8,2%	3,0%
		2 quint	33,7%	28,6%	12,4%	25,3%	1,4%
		3 quint	37,4%	14,7%	24,8%	23,1%	0,0%
		4 quint	33,6%	13,2%	24,5%	28,7%	1,2%
		5 quint	19,3%	12,4%	18,6%	49,7%	0,0%

A tipologia de uso indica pior acesso à rede ambulatorial no momento de maior necessidade, ou seja, para os mais velhos. Os idosos mais pobres utilizaram mais a clínica e os hospitais públicos enquanto os idosos mais ricos utilizaram mais os consultórios e hospitais privados. A relação direta de uso de serviços privados por quem tem seguro privado e de serviços públicos por quem não tem demonstra que o tipo de seguro é determinante para o uso e é utilizado quando disponível. Os homens de 60 a 64 anos demonstram um menor uso, com desigualdades específicas no acesso e uso dos serviços, principalmente em menores classes de renda. Isso pode indicar uma maior dificuldade de inserção nos serviços públicos relacionada à sua jornada de trabalho e à cultura instituída nos serviços, além da dificuldade de valorizar suas demandas de saúde.

O maior uso das internações hospitalares nos atendimentos ocorridos nos serviços públicos, indica prováveis desigualdades no acesso à consulta e, ao mesmo tempo, mostra que a capacidade de utilização pelo idoso da rede pública, pode estar ocorrendo no limite da urgência, do descontrole das doenças crônicas e da menor continência familiar às doenças de maior gravidade.

Dos que utilizaram os serviços, 40,9% realizaram apenas uma consulta e a média de utilização foi de 2,5 consultas nos últimos quatro meses. Para a população total, a média foi de 1,6 consultas por idoso nos últimos quatro meses.

Com referência à última consulta ambulatorial, observa-se que os tempos para agendamento de consulta, ir ao serviço e ser atendido na última consulta são maiores para os idosos que não freqüentaram escola, indicando desigualdades. A maior freqüência de tempos de espera foi nas categorias de menos de dois meses para agendamento, menos de duas horas para chegar ao serviço e menos de duas horas para ser atendido que, apesar de não identificado a tipologia do atendimento, indica pouca agilidade nos atendimentos (Tabela 36).

Tabela 36 – Tempos para agendamento de consulta, ir ao serviço e ser atendido na última consulta, referidos pelos idosos, segundo frequência à escola, no Município de São Paulo, em 2000.

Tempo entre solicitação da consulta e atendimento	Foi à escola					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 1 mês	2.631	4,0	607	2,8	3.239	3,7
Menos de 2 meses	36.533	56,0	10.460	47,6	46.993	53,9
Entre 2 e 4 meses	22.048	33,8	10.285	46,8	32.333	37,1
4 meses ou mais	3.981	6,1	637	2,9	4.618	5,3
Horas que demorou para chegar ao local da consulta						
Menos de 1 hora	-	-	122	0,52	122	0,12
Menos de 2 horas	65.690	82,54	15.786	67,44	81.476	79,11
Entre 2 e 4 horas	13.417	16,86	7.134	30,48	20.551	19,95
4 horas ou mais	479	0,60	367	1,57	845	0,82
Horas que esperou para ser atendido no local da consulta						
Menos de 1 hora	2.415	1,7	122	0,2	2.537	1,3
Menos de 2 horas	81.204	57,1	21.389	42,4	102.593	53,2
Entre 2 e 4 horas	46.838	32,9	22.961	45,5	69.799	36,2
4 horas ou mais	11.802	8,3	6.031	11,9	17.833	9,3

Fonte: Projeto SABE

Os exames foram solicitados, na última consulta ambulatorial do idoso nos últimos quatro meses, em 66,6% das consultas e medicamentos foram prescritos em 62,4%. Destes, 7,4% não realizaram os exames, 2,7% referiram não ter realizado os exames solicitados por falta de recursos financeiros e 8,1% refere não ter conseguido os medicamentos prescritos. O pagamento por exames é semelhante ao das consultas, no entanto, as internações praticamente não ocorrem por desembolso

direto e os medicamentos são majoritariamente pagos pelo próprio idoso (70%), conforme observa-se na Tabela 37.

Tabela 37 – Pagamentos para a realização da última consulta, exames, medicamentos e última internação realizada pelos idosos, segundo desembolso, no Município de São Paulo, em 2000.

Desembolso	Consulta	Exame	Medicamento	Internação
Entrevistado	6,3%	6,7%	69,8%	1,1%
Esposo(a)	0,6%	0,5%	11,0%	0,3%
Filho(a)	1,9%	1,5%	16,3%	0,9%
Outro famil.	0,2%	0,1%	1,8%	0,0%
Out ã famil.	0,3%	0,5%	1,1%	0,0%
Inst. públ.	49,2%	40,2%	0,0%	47,9%
Seguro priv.	41,2%	50,5%	0,0%	49,7%
NS/NR	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Projeto SABE

O desembolso direto para aquisição de medicamentos indica o peso deste componente nos gastos diretos do cidadão e o quanto pode estar prejudicado nas condições de baixa renda. O fato de as instituições públicas responderem por menor porcentagem de realização de exames do que das consultas demonstra desigualdades no acesso a serviços de saúde de média complexidade, seja pela não solicitação ou não realização. O uso de serviços foi maior com a presença de doenças, nas categorias de maior renda, posse de seguro privado de saúde e no sexo feminino (tabela 38 e 40).

Para três ou mais doenças crônicas (tabela 39) não se observou diferenças no uso em função da renda, indicando que, a pressão da demanda pode impactar no uso e acesso aos serviços de saúde, nas condições de morbidade avançada, independente de condições sócio econômicas. A escolaridade apresentou direcionamento distinto das outras variáveis, conforme já observado em outros estudos (73-75). Os que

freqüentaram escola, até 11 anos de estudo, utilizaram menos os serviços de saúde (tabela 40), o que poderia estar relacionado com melhores condições sócio-econômicas e, portanto menores necessidades (129), mas não é o que se observa na análise multivariada.

Tabela 38 - Uso de serviços ambulatoriais de saúde pelos idosos, segundo posse de seguro saúde, no Município de São Paulo, em 2000.

Posse de Seguro	N	%
Seguro Social	276544	75,2
Outro Seguro Público	42489	83,1
Seguro Privado	30665	81,3
Plano Privado	180242	79,7
Nenhum	6354	53,9
Total	536294	77,3

Fonte: Projeto SABE

Tabela 39 – Consultas utilizadas, segundo renda e doenças referidas, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Uso de serviços nos últimos quatro meses		%
Sem doenças referidas	Até o 3o. quintil	60,7
	Maior que o 3o. quintil	66,2
Uma e Duas doenças	Até o 3o. quintil	77,4
	Maior que o 3o. quintil	79,3
Três ou mais doenças	Até o 3o. quintil	86,2
	Maior que o 3o. quintil	86,1
Total		77,2

Fonte: Projeto SABE

Tabela 40 - Uso de serviços de saúde nos últimos quatro meses, segundo escolaridade, em porcentagem, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Escolaridade					Total
	Sem	1 a 6 a	7 a 11 a	12 a 22 a	
Sexo					
Feminino	81,2	77,9	77,5	91,8	79,2
Masculino	77,8	73,2	71,2	80,9	74,4
Idade					
60 a 74 anos	81,2	76,0	74,5	86,9	77,5
Mais de 75 anos	77,6	76,8	75,8	68,1	76,8
Total	80,0	76,1	74,7	85,2	77,2

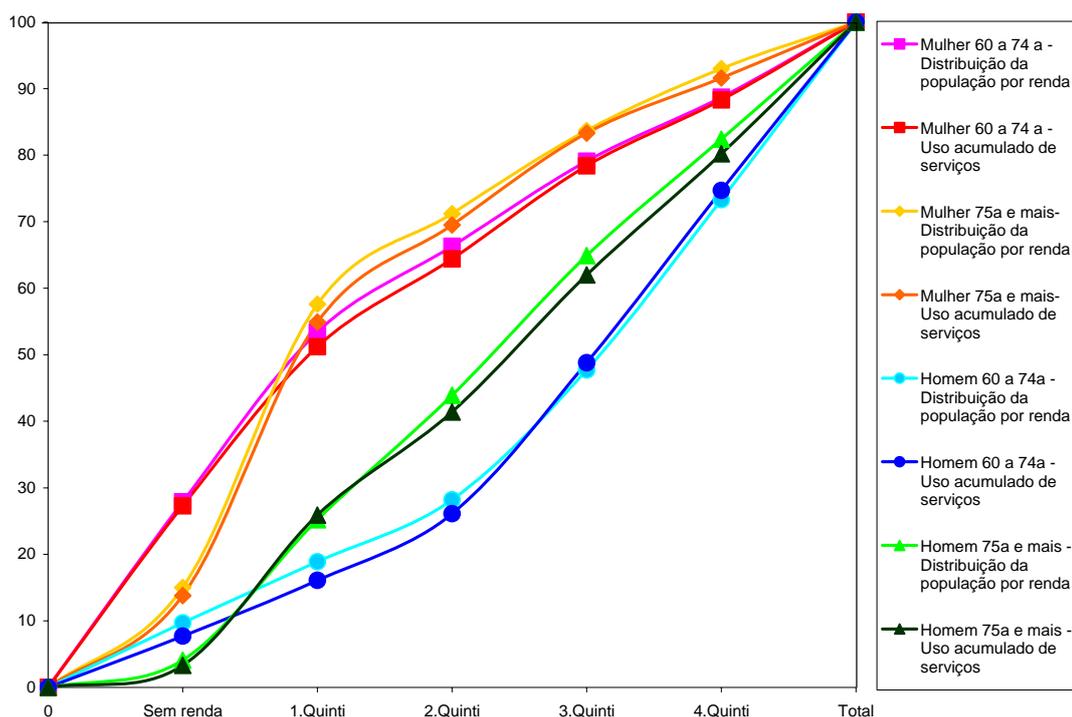
Fonte: Projeto SABE

A maioria de mulheres, principalmente na faixa etária de 60 a 64 anos, compõe uma população que utiliza com muita frequência os serviços de saúde em função das várias doenças associadas e da cultura existente. As mulheres apresentaram maior frequência das características de necessidade referentes ao uso e acesso dos serviços de saúde, tais como, maior número de doenças auto referidas e pior auto-percepção de saúde, o que pode significar apenas uma maior apropriação do processo saúde doença. Mas, independente dessas características, ser do sexo feminino indica um maior uso dos serviços de saúde. A maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres idosas indica que não se pode reportar apenas à maior necessidade de uso das mulheres em função de seu ciclo gravídico puerperal. O maior uso de serviços preventivos pelas mulheres também pode contribuir com a maior utilização dos serviços de saúde (76,77). A mulher tem em seu perfil de cuidadora, desde a maternidade, maior possibilidade de interagir com os serviços de saúde. Ao envelhecer e adoecer tende a identificar melhor suas necessidades de saúde e buscar, bem como utilizar, mais os serviços de saúde.

Apesar do maior uso das mulheres, há desigualdades em todas as categorias de idade e sexo, quando se compara a população e o respectivo uso, por sexo e

idade, nos vários quintis de renda da população total. As desigualdades observadas no uso de serviços pelos homens, de 60 a 74 anos, atinge as classes de renda mais baixas, ocasionado provavelmente pela baixa utilização, em geral, dessa categoria (Gráfico 06).

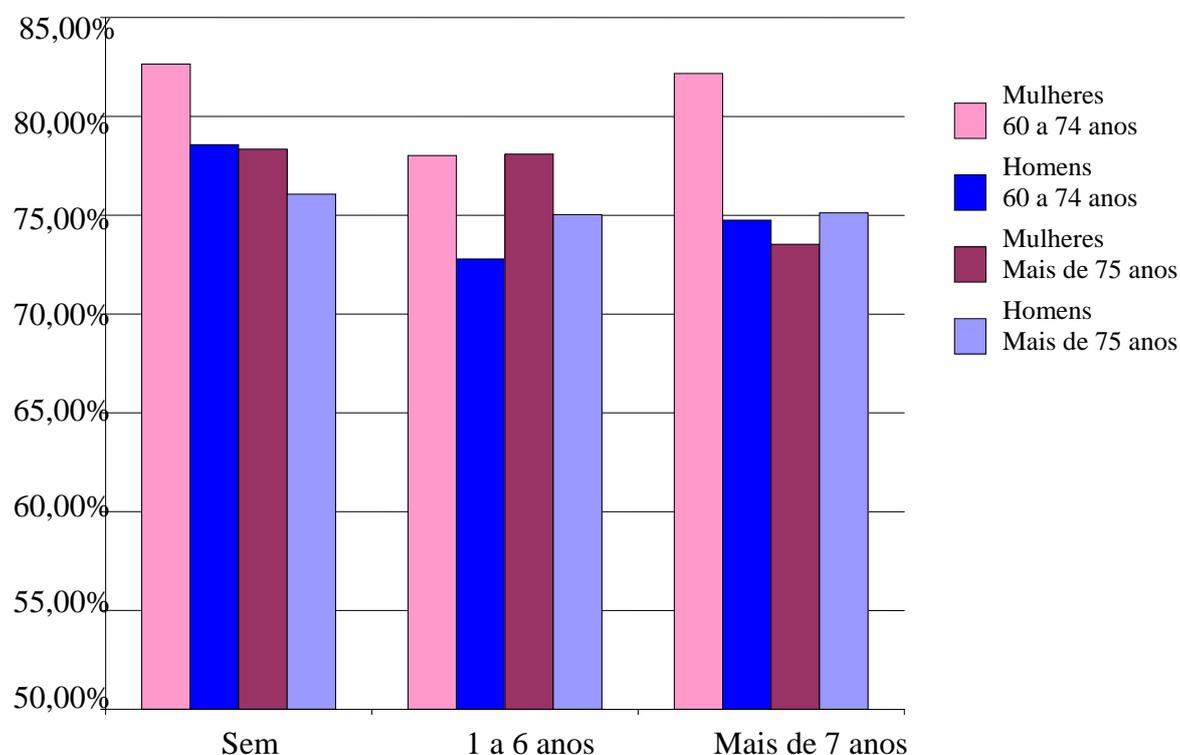
Gráfico 06 – Uso de serviços de saúde, acumulado por quintis de renda, segundo sexo e idade, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.



Fonte: Projeto SABE

Para a faixa etária de 60 a 74 anos, observa-se que a escolaridade intermediária está relacionada a uma redução na utilização dos serviços de saúde (Gráfico 07), voltando a aumentar o uso em níveis escolares maiores, o que não ocorre com os mais de 75 anos, tanto homens, quanto mulheres. Na tabela 40, o fenômeno já havia sido observado, estando relacionado à ambos os sexos e à faixa etária de 60 a 74 anos. Isso pode indicar que, em níveis maiores de escolaridades, apesar de maior pertinência do processo saúde doença, haja estímulo para os diagnósticos e acompanhamentos mais precoces, principalmente nos idosos em faixas etárias menores (129).

Gráfico 07- Porcentagem de uso por escolaridade em anos, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.



Fonte: Projeto SABE

Na regressão logística, utilizou-se a variável dependente de utilização dos serviços de saúde corrigida. Optou-se por iniciar com as variáveis independentes dicotômicas: renda (baixa renda - sem renda, primeiro e segundo quintil e alta renda – terceiro, quarto e quinto quintil), escola (frequentou escola ou não), dinheiro (referência em ter recursos suficientes para sobreviver), casa (ter ou não casa própria), seguro saúde (ter seguro privado ou não), idade (menor e maior de 75 anos), sexo (feminino e masculino), doença mental (auto referida), hipertensão (auto referida), diabetes (autoreferida), enfermidades (presente pelo menos uma doença crônica auto referida) e saúde auto referida (Excelente/Boa e Regular/Má), conforme observa-se na Tabela 41.

Tabela 41 - Uso de serviços de saúde, segundo variáveis de determinação utilizadas na regressão logística múltipla, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

Uso de Serviço	N	%
Muito Idosos (75 anos e mais)	119.975	64,9
Feminino	334.438	68,3
Com doença referida	443.331	71,5
Saúde referida Regular/Má	326.662	72,4
Doença Mental	94.640	72,8
Hipertensão referida	325.873	73,1
Diabetes referida	116.453	78,0
Frequêntou a escola	416.295	63,1
Recursos suficientes referidos	164.124	63,5
Classe Renda Baixa	252.492	64,0
Casa Própria	427.992	65,3
Com seguro saúde privado	210.907	68,6
Total	537.107	64,2

Fonte: Projeto SABE

Não foram significantes e não foram utilizadas no modelo : dinheiro (referência em ter recursos suficientes para sobreviver), casa (ter ou não casa própria), idade (menor e maior de 75 anos), doença mental (auto referida) e hipertensão (auto referida).

Lebrão e Laurenti (133) identificaram uma redução na prevalência de diabetes na faixa etária mais velha, indicando que os óbitos poderiam estar ocorrendo precocemente, o que não se repete para a hipertensão. Assim, a diabetes se configura com provável maior gravidade e maior dependência dos serviços de saúde que a hipertensão arterial, tanto diagnóstica quanto terapêutica.

Para as variáveis que foram significantes a ordem crescente de importância (segundo as razões de riscos) foi de: Renda, Escola, Diabetes, Sexo, Seguro, Saúde

auto referida e presença ou não de doenças. As razões de risco (odds ratio) medem quanto aumenta a chance de um indivíduo passar da categoria “não usou serviços” para a categoria “usou” quando se passa da primeira categoria da variável independente para a segunda. No caso da variável escola, esta apresentou comportamento contrário à renda. Podemos, portanto, dizer que, o indivíduo que não frequentou a escola tem uma chance aumentada em 1,345 vezes de utilizar o serviço com relação a quem frequentou. Foi ainda construída a variável interação renda escola e incluída no modelo final.

Esta, apresentou significância apenas no modelo múltiplo, assim como a variável escola, sendo que a renda foi excluída desse modelo. A variável renda saiu do modelo e ficou a interação dela com escolaridade. A frequência à escola continuou como fator de proteção, ou seja, ter ido à escola diminui a chance de usar serviços de saúde, mesmo na presença de outros fatores. O modelo múltiplo ajusta as razões de chances à presença do conjunto de variáveis em estudo.

O modelo final (Tabela 42) demonstra o resultado das variáveis significativas para a determinação do uso de serviços de saúde que incluem as variáveis da condição sócio econômica, ou seja, variáveis de capacidade de uso, tais como renda, acesso à escola e ao seguro saúde privado, traduzindo as desigualdades no acesso e uso. O diabetes é a doença auto-referida que mantém significância na determinação do uso de serviços, em contrapartida à hipertensão e doença mental, por exemplo, que perde força na presença das outras variáveis relacionadas. Traduz a importância das condições de necessidade, tais como a variável auto-percepção, que se fortalece como um bom indicador nesse sentido e o número de doenças referidas, além de reforçar a influência do sexo na relação com os serviços de saúde.

Tabela 42 - Modelo final da análise uni e multivariada do uso de serviços de saúde, segundo características de predisposição, capacitação e necessidade, entre os idosos, no Município de São Paulo, em 2000.

.Características	Uso de Serviços	
	OR (IC - 95%)*	OR ajustado(IC - 95%)
PREDISPOSIÇÃO E CAPACITAÇÃO		
<i>Sexo</i>		
Masculino	1,00	1,00
Feminino	1,52 (1,23 - 1,88)	1,55 (1,21 - 1,98)
<i>Idade</i>		
Menos de 75 anos	1,00	1,00
75 anos e mais	1,04 (0,86 - 1,25)	0,99 (0,79 - 1,23)
<i>Escolaridade</i>		
Não frequentou escola	1,00	1,00
Frequentou escola	0,78 (0,60 - 1,00)	0,66 (0,48 - 0,90)
<i>Renda</i>		
Menor Renda (Sem,1 e 2 quintis)	1,00	1,00
Maior Renda (3, 4 e 5 quintis)	1,04 (0,84 - 1,29)	1,02 (0,58 - 1,78)
<i>Interação Renda Escolaridade</i>		
Menor Renda (Sem renda, 1 e 2 quintis) ou não frequentou escola	1,00	1,00
Maior Renda (3, 4 e 5 quintis) e frequentou escola	1,03 (0,83 - 1,27)	1,40 (1,06 - 1,84)
<i>Posse de Seguro Privado</i>		
Sem seguro privado	1,00	1,00
Com seguro privado	1,36 (1,09 - 1,69)	1,57 (1,22 - 2,02)
NECESSIDADE		
<i>Auto Percepção de Saúde</i>		
Excelente/Boa	1,00	1,00
Regular/Má	2,17 (1,76 -2,67)	1,92 (1,51 - 2,44)
<i>Presença de Doenças referidas</i>		
Sem doenças referidas	1,00	1,00
Pelo menos uma doença referida	3,55 (2,77 - 4,55)	2,73 (2,06 - 3,60)
<i>Saúde Mental</i>		
Sem referência à Doença Mental	1,00	1,00
Com referência à Doença Mental	1,60 (1,18 - 2,18)	1,39 (0,98 - 1,97)
<i>Hipertensão Arterial</i>		
Sem referência à Hipert. Arterial	1,00	1,00
Com referência à Hipert. Arterial	2,26 (1,83 - 2,79)	1,34 (1,00 -1,79)
<i>Diabetes Referida</i>		
Sem referência à Diabetes	1,00	1,00
Com referência à Diabetes	2,22 (1,64 - 3,00)	1,50 (1,09 - 2,08)

* OR ajustada (IC - 95%) = Odds ratio (intervalo de confiança em nível de 95%), ajustado pelo método de regressão logística, uma a uma, por todas e no modelo final apenas pelas variáveis significantes

Fonte: Projeto SABE

Na regressão logística, observou-se que o diagnóstico de doenças crônicas e a auto percepção de saúde como regular ou má, ou seja, uma pior condição de saúde é determinante para o uso de serviços de saúde, independente de outras variáveis, inclusive da renda, escolaridade e ter seguro saúde privado. O uso de serviços foi maior com a presença de doenças, nas categorias de menor renda, menor escolaridade e sexo feminino. O diabetes apresentou uma associação mais forte que as outras doenças, talvez por ter maior relação com os serviços no sentido de necessidade de controle.

Ter seguro privado e renda também são um determinante do uso, independente das outras variáveis. Renda, escolaridade e a interação entre elas não são significativas individualmente mas interação renda e escolaridade, assim como a escolaridade (ter freqüentado escola) são significantes no modelo global.

Com relação à renda e a escolaridade estas, indicativas da condição sócio econômica do idoso, demonstram uma interação, sendo que a renda é fator determinante do uso, enquanto a escolaridade é um fator protetor, ou seja, o uso é maior em rendas maiores com escolaridades menores.

A escolaridade apresentou um comportamento distinto das outras variáveis, onde os que freqüentaram escola, utilizaram menos os serviços. Renda e interação de renda e escola se mostrou significativa, ou seja, ter maior renda é determinante do uso mesmo tendo frequentado escola. Isso pode indicar que frequentar a escola, diminui a necessidade do uso dos serviços, protegendo das desigualdades de acesso determinadas pela renda.

Nos estudos de Branch e Evashwick, que utilizaram o modelo de Andersen para análise de desigualdades e de utilização de serviços de saúde através de análises de regressão sobre dados de inquéritos de idosos, também foram identificadas a aparente discrepância ao modelo de Andersen quando observou que idosos com mais educação, usavam menos os serviços de saúde. (124)

Conforme estudo de desigualdades que utilizou a base de dados do SABE da América Latina (129, 130), idosos com pior escolaridade apresentam pior estado de saúde, relacionados à melhores hábitos dos escolarizados, à maior exclusão dos que não freqüentaram a escola e ao nível de informação e condições sócio econômicas para acessar serviços precocemente. Nesse sentido, poderíamos acreditar que a

escolaridade estaria relacionada ao menor uso de serviços em decorrência da menor necessidade dessa população por ser menos doente. No entanto, o presente estudo demonstra que freqüentar escola é, independente das características de necessidade, um fator de menor utilização de serviços de saúde e que, não pode, isoladamente, ser utilizada como característica de condição sócio-econômica para estudos referentes à uso de serviços de saúde.

Existe uma associação entre a idade e a utilização de serviços, principalmente para mulheres e para as com maior renda e, o grupo dos idosos com menor escolaridade e com menor renda e sem seguro saúde utilizaram preferencialmente serviços hospitalares e públicos, indicando desigualdades e dificuldades no acesso e uso dos serviços, bem como inadequação do modelo de atenção. A associação de renda, escolaridade, sexo e morbidade referida traduz a grande necessidade e a baixa capacidade de utilização de serviços de saúde pelos idosos, de acordo como Modelo de Andersen, como já foi identificado anteriormente em outros estudos (107-112).

Os resultados corroboram os encontrados em outros estudos de desigualdades de idosos (89-96), ao detectar a presença de desigualdades em saúde e de utilização de serviços entre idosos, favoráveis aos que pertencem a grupos sociais mais privilegiados. Reitera-se a observação que, principalmente em países da América Latina (129,130), mas também em outros países (100-106), que quanto melhores as condições sociais dos indivíduos, melhor é o estado de saúde e o acesso aos serviços.

Faz-se necessário implantar modelos voltados para a atenção integral às doenças crônicas, com foco na autonomia do idoso e envolvendo a família e a comunidade. Considerando que a oferta também determina o uso, um maior acolhimento dos serviços e o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, podem melhorar a resolutividade dos serviços e aumentar a capacidade de utilização pelos idosos, minimizando as desigualdades.

5 - CONCLUSÃO

Em função dos objetivos propostos, identificou-se as conclusões relevantes obtidas no presente estudo. Foram observadas desigualdades sociais na situação de saúde e no uso e acesso aos serviços de saúde, entre idosos, no Município de São Paulo, no ano 2000.

A proporção dos entrevistados que utilizou algum serviço de saúde, nos últimos quatro meses, foi de 4,7% com relação à internação hospitalar e 64,4% com referência ao atendimento ambulatorial. Dos atendimentos ambulatoriais, 24,7% ocorreu em hospital público e 24,1% em serviço ambulatorial público sendo que nos serviços privados, 14,5% ocorreu em hospital e 33,7% em clínicas.

Embora o idoso consiga, na maior parte das vezes, um atendimento de saúde, isto ocorre de forma desordenada e desarticulada, dentro do sistema de saúde e traduz desigualdades no acesso e uso dos serviços. As múltiplas doenças e sua cronicidade e sua dependência modificam suas necessidades com relação aos serviços que transformam demandas e devem indicar a reorganização da oferta de serviços de saúde e do modelo de atenção, no sentido da redução de desigualdades no acesso e uso.

As principais motivações para os idosos de menor renda não terem ido aos serviços mesmo precisando, está relacionado à subestimação do problema e à qualidade e distância dos serviços, o que também traduz as desigualdades no acesso.

A relação dos idosos com os serviços de saúde é intensa, podendo traduzir injustiças e inadequações que impactam na qualidade de vida dessa população e que, por sua vez, depende de políticas públicas integradas e efetivas. É fundamental a implantação de Políticas Públicas que possam dar conta dessa necessidade e da redução das desigualdades. É necessário um melhor conhecimento dos determinantes e das conseqüências dessas desigualdades ao longo do tempo, sendo importante outros estudos nesse sentido.

O diagnóstico de doenças crônicas e a auto percepção de saúde como regular ou má, ou seja, uma pior condição de saúde é determinante para o uso de serviços de saúde, independente de outras variáveis, inclusive da renda, escolaridade e ter seguro saúde privado. O maior determinante para o uso foi a necessidade. A auto-percepção de saúde apresentou-se como uma importante variável de análise de necessidade. O

diagnóstico de diabetes, mais que de outras doenças crônicas isoladamente, é um fator significativo para o uso de serviços de saúde.

Ter seguro privado e renda também é um determinante do uso, independente das outras variáveis. A renda e a escolaridade apresentaram interação, sendo que a renda é fator determinante do uso, enquanto a escolaridade é um fator protetor, ou seja, o uso é maior com maior renda e menor escolaridade. Nesse sentido, a utilização dessas variáveis, juntas ou em separado, em estudos de uso e acesso de serviços de saúde entre idosos deve ser mais amplamente estudadas.

Os serviços devem estar organizados e integrados em redes voltadas a totalidade das demandas e das necessidades dos idosos. Para tanto, um desafio dessa linha de investigação é desvendar o tênue limite entre as necessidades e demandas da população idosa brasileira que permitam aumentar, e mais do que isso, melhorar sua capacidade de utilização. O sistema de saúde precisa avançar na implantação efetiva de políticas públicas que possibilitem a redução das desigualdades. Equidade no acesso à saúde é crítica para a população idosa que, depende da atenção à saúde para garantia de sua qualidade de vida e portanto, de um envelhecimento saudável.

6 - BIBLIOGRAFIA

1. Veras RP, Ramos LR & Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. 1987, Rev. Saúde Públ; 21(3): 225-33.
2. Ramos LR, Veras RP E Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. 1987, Rev. Saúde Públ., 21(3):211-24.
3. Kalache A, Veras RP & Ramos LR. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev. Saúde Pública. 1987, 21: 200-10.
4. Camarano, AA (org.). Os Novos Idosos Brasileiros. Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEA, 2004.
5. Carvalho JAM & Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, jun. 2003, vol.19, no.3, p.725-733.
6. OMS. The State of World Health, 1995: poverty, the leading cause of illness and death. Journal of public health policy, 1995^a, 16(4): 440-451.
7. Patarra NL. Mudanças na dinâmica demográfica. In: Monteiro CA, 1995. Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo. Hucitec-Nupens.
8. IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Metodologia - Revisão 2004.
9. Veras RP & cols, Terceira Idade. Gestão Contemporânea em Saúde, Editora Edipro, 2002.
10. Chaimovicz, F. A Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do Século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública v. 31 n. 2. abr. 1997.
11. Frederiksen H. Feedbacks in economic and demographic transition. Science, 1969, 166: 837-47.
12. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Mem. Fund. Q, 1971, 49:509-83.
13. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R & Jose M.. La transition epidemiologica en America Latina. Bol. Of. Sanit. Panam., 1991, 111 (6):485-96.
14. Fries JF. The compression of morbidity. Health and Society, 1983, 61(3): 397-419.
15. Barreto ML. & Carmo EH. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Editora HUCITEC. 1998.
16. Laurenti R. Mortalidade por diabetes mellitus no município de São Paulo. Evolução em um período de 79 anos (1901-1978) e análise de alguns aspectos sobre associações e causas. Rev. Saúde Públ. SP, 1982; 16:77-9.

17. Strunk et alls. The effect of population aging on future hospital demand. *Health Affairs*. 2006;25:w141-w149.
18. Reinhardt UE. Does the aging of the population really drive the demand for health care? *Health Affairs*. 2003. 22(6):27-39.
19. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3).
20. Pereira MG .Epidemiologia. Teoria e Prática. Editora Guanabara Koogan. 1995.
21. Testa M. Pensamento estratégico e lógica da programação: *o caso da saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 1995.
22. Rivera, FJU.(Org.).Planejamento e programação em saúde: *um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.
23. Zucchi P, Nero CD, Malik AM. Gastos em Saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade* 9(1/2), 2000:127-150.
24. Roemer MI. Disponibilidad de Camas y Utilización de los Hospitales: Un Experimento Natural, in *Investigaciones Sobre Servicios de Salud: Una Antologia*, Publicación Científica , OPAS.1992; no. 534:231-239
25. Penchansky R e Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*.1981; 19(2):127-40.
26. Dever GEA. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios. 1998
27. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quartely* v.51.n.1.1973, pg. 95-124.
28. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care:does it matter? *J Health Social Behav*. 1995;36(1);1-10
29. Donabedian. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge, Mass.:Harvard University, 1973.
30. McKinlay JB. Some approaches and problems in the study of the use of services – an overview. *Journal of Health and Social Behavior*. 1972; 13: 115-52.
31. Schuman EA. Health Orientation and Medical Care. *American Journal of Public Health* 1966 Jan; 56(1):97-105.
32. Hulka B & Wheat J. Patterns of utilization: a patient perspective. *Medical Care*, 1985, 23(5):438-460.

-
33. Wennberg JE. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. *Med Care* 1985;23(5):512-520.
34. Carvalho WO. Uso de serviços de saúde materno-infantis na Região Sudoeste da Grande São Paulo em dois períodos: 1990-2002. Inquéritos de saúde como fonte de dados para estudos de utilização de serviços de saúde. 2004. [Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública da USP].
35. Mendonça-Sassi R., Béria JU. Utilización de los servicios de saúde:uma revisão sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17: 819-32.
36. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. 2003. *Cad. Saúde Pública*;19(3):705-715.
37. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.
38. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. 2003; 19(3).
39. Lei N.º 8.842, em 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do idoso
40. Lei N.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso.
41. Lei No. 8080. Lei Orgânica da Saúde. Brasil
42. BRASIL, 1999. 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1.
43. Santos, BS. Em busca da cidadania global. Entrevista com Boaventura de Souza Santos. Acesso em 20/07/2006. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boaventura/boaventura_e.html.
44. Drachler ML, Cortes SMV, Castro JD, Carvalho JC. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdades em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciencia Saúde Coletiva* v.8.n.2. Rio de Janeiro; 2003.
45. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad. Saúde Pública* v.13 n.2 Rio de Janeiro abr./jun. 1997.
46. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6)
47. Contandriopoulos AP. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice?. *Cad. Saúde Pública*. Apr 1999, vol.15no.2p.253-256.

-
48. Castellanos PL.(1997)Perfis de Mortalidade, nível de desenvolvimento e inequidades sociais na região das Américas.In:Rita Barradas Barata et al(org).Equidade e Saúde. Contribuições da Epidemiologia.Rio de Janeiro:FIOCRUZ/ABRASCO,Série Epidemiológica 1
49. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int. J.Health Services*. 1992, v.22, n.3, p.429-445.
50. Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Vera RP. Equidade e Saúde. Contribuições da Epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, Série Epidemiológica 1.
51. Illsley R & Baker D. Contextual variations in the meaning of health inequality. *Soc. Sci Med.* , 1991, Vol. 32, n.4, p.359-365.
52. Black Report 1982. *Inequalities in Health*. Edited by P Townsend, N Davidson and Whitehead, 1988, M. pp.21-213, Penguin, London.
53. Carr-Hill RA. Efficiency and equity implications of the health care reforms. *Soc.Sci.Med.*, 1994, v.39, n.9, p.1189-1201.
54. Braveman P, Gruskin S. 2003. Theory and Methods: Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57:254-258
55. Travassos C, Viacava F, Pinheiro, R et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*, maio/jun. 2002, vol.11, no.5, p.365-373.
56. Unglert, CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*, dez. 1990, vol.24, no.6, p.445-452.
57. Musgrove P. La equidad del sistema de servicios de salud: conceptos, indicadores e interpretation. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1983, n.95, p.525-546.
58. Kunst AE and Mackenbach JP. Measuring Socioeconomic inequalities in health. *World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen*.
59. Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF et al. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev. Saúde Pública*, fev. 2000, vol.34, no.1, p.44-49.
60. Carinley J & Arnold R. Social class, health and aging: Socioeconomic determinants of self-reported morbidity among noninstitutionalized elderly in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 1996, 87:199-203.
61. Viacava, F. Informações em Saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc. saúde coletiva* v.7 n.4 Rio de Janeiro 2002.
62. White, KL. Health surveys: who, why and what? *World Health Statist. Quart.*, 38:2-14, 1985.

-
63. Haynes R. Inequalities in health and health service use: evidence from the general household survey. *Soc Sci Med* 1991;33:361-8.
64. Kroeger, A. Health interview in developing countries: a review of the methods and results. *Int. J. Epidemiol.*, 1983, 12:465-81.
65. Campos, CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cad. Saúde Pública*, 1993, 9 :190-200.
66. Cesar, CLG & Tanaka, OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad. Saúde Pública*, 1996, vol.12 supl.2, p.59-70.
67. Carvalheiro, JR. Levantamento das condições de saúde por entrevistas domiciliárias. Ribeirão Preto, 1975.
68. Lebrão, ML. et al. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV Morbidade referida em entrevistas domiciliárias, 1983-1984. *Rev. Saúde Pública*, 25:453-60, 1991.
69. Cesar, CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA., Costa MZA. & Gattás VL - Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia* *Rev. Saúde Pública* 1996 v.30 n.2 São Paulo.
70. Gomes KRO e Tanaka ACA. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2003 v.37 n.1 São Paulo.
71. IBGE 2000. Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 1998. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 96 pp.
72. IBGE 2005. Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 2003. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 169 pp.
73. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil *Cad. Saúde Pública* 2002 v.18 supl. Rio de Janeiro.
74. Viacava, F, Travassos, C, Pinheiro, R, Brito, A. Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil, 2001.
75. Costa JSD & Facchini, LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev. Saúde Pública*, ago. 1997, vol.31, no.4, p.360-369.
76. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Rev. Saúde Pública* 1992 v.26 n.3 São Paulo.
77. Gomez E. Gender, Equality, and Health services access: an empirical approximation. *Rev. Panam Salud publica.* 2002;11(5-6):327-34

-
78. Silva LMV, Formigli VLA, Cerqueira MP, Kruchevsky L, Teixeira MMA, Barbosa ASM, Conceição PSA, Khouri MA, Nascimento CL. O Processo de Distritalização e a Utilização de Serviços de Saúde – Avaliação do Caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1995 v.11 n.1 Rio de Janeiro.
79. Rocha JSY, Simões BJG e Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev. Saúde Pública*, 1997, v. 31 n. 5 São Paulo .
80. Campino, ACC et al. Poverty and Equity in Health in Latin America and Caribbean: Results of Country-Case Studies from Brazil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Mexico e Peru - Brazil. Washington; The World Bank (HNPHealth, Nutrition and Population), PNUD e OPAS, 1999, p. 1-82.
81. Quartaroli C, Campino ACC, Montoya Diaz MD,. Condições de acesso à serviços de saúde, sob o aspecto da equidade, no interior do Estado de São Paulo e região Metropolitana. Apresentado no Congresso Brasileiro de Economia em Saúde/2002. Disponível no site: www.abres.fea.usp.br.
82. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev. Saúde Pública* 2003 v.37 n.3 São Paulo.
83. Borel, Carmem. Metodologias de estudos de desigualdades sociais em saúde. In: Rita Barradas Barata et al (org). *Equidade e Saúde. Contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, Série Epidemiológica 1.
84. Grundy E, Holt G. The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities? *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:895-904.
85. Plouffe LA. Addressing social and gender inequalities in health among seniors in Canadá. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (3).
86. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em Saúde no Brasil. Uma proposta de monitoramento. OPAS. OMS. IPEA, 2001.
87. OPS. *Disparidades en Salud en América Latina y el Caribe: El rol de los factores determinantes sociales y económicos*. División de salud y Desarrollo Humano, OPS/OMS, Washington, DC, 1999.
88. Almeida, CM, Travassos C, Porto S. & Labra ME. Health reform in Brazil: a study in inequity. *International Journal of Health Services*, 2000, 30(1):129-162.
89. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Soc Sci Méd*. 2003;57(5):861-73
90. Smith JP, Kington RS. Demographic and economic correlates of health in old age. *Demography*. 1997;34(1):159-70
91. Van Ourti T. Socio-economic inequality in ill-health amongst the elderly. Should one use current or permanent income? *J Health Econ*. 2003;22(2):219-41

-
92. Filho NA, Kawachi I, Pellegrini A, Dachs N. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health*. 2003;93(12):2037-43
93. Zimmer Z, Amornsirisomboon P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Soc Sci Med*. 2001;52(8):1297-311
94. Berkman CS. & Gurland BJ. The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. *Journal of Aging and Health*, 1998,10:81-98.
95. Liao Y, McGee DL.; Kaufman JS.; Cao G. & Cooper RS. Socioeconomic status and morbidity in the last years of life. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:569-572.
96. Lynch JW.; Kaplan GA. & Shema SJ. Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. *New England Journal of Medicine*, 1997, 337:1889-1895.
97. House JS.; Lepkowski JM.; Kinney AM.; Mero RP.; Kessler RC. & Herzog AR. The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1994, 35:213-234.
98. Santariano WA. Race, socioeconomic status, and health: A study of age differences in a depressed area. *American Journal of Preventive Medicine*, 1986, 2:1-5.
99. Feldman JB.; Markuc DM.; Kleinman JC. & Coroni-Huntley J. National trends in educational differentials in mortality. *American Journal of Epidemiology*, 1989, 129:919-933.
100. Rosenberg MW & Hanlon NT. Access and utilization: a continuum of health service environment. *Social Science and Medicine*, 1996, v. 43, n. 6, pp.975-983.
101. Arber S., 1996. Integrating nonemployment into research on health inequalities. *International Journal of Health Services*, 1996, 26:445-481.
102. Doorslaer, E et. al. Income – related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 1997, vol 16, p. 93-112.
103. Kennedy BP, Kawachi, IGR. Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *Am. J. Public Health*, 1999, 89:1187-1193.
104. Davis K, Reynolds R. Medicare and the utilization of health care services by the elderly. *J Hum Resources*. 1975;10(3):361-77
105. Hurd MD, McGarry K. Medical insurance and the use of health care services by the elderly. *J Health Econ* 1997;16(2):129-54

106. Wallace SP, Enriquez-Hass V. Disponibilidad, acessibilidade y aceptabilidad em el sistema de atencion medica em vias de cambio para los adultos mayores em los Estados Unidos. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;10(1)18-28
107. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública* v.27 n.2 São Paulo abr. 1993.
108. Pinheiro RS & Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* v.15 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 1999.
109. Lima e Costa MFF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG and Barreto SM. The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev. Saúde Pública* v.34 n.2 São Paulo abr. 2000.
110. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública* v.19 n.3 Rio de Janeiro jun. 2003.
111. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública* v.19 n.3 Rio de Janeiro jun. 2003.
112. Lima-Costa MF, Barreto SM, 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 Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública* v.19 n.3 Rio de Janeiro jun. 2003.
113. Bós AMG & Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos, *Rev. Saúde Pública* v.38 n.1 São Paulo fev. 2004
114. Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad. Saúde Pública* v.20 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2004.
115. Coelho Filho, JM, Marcopito, LF & Castelo, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, ago. 2004, vol.38, no.4, p.557-564.
116. Gazzale FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* ; 38(3): 365-71, 2004.
117. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26:224-7.
118. Rosa, TEC, Benicio MHDA, Latorre MRDO et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, fev. 2003, vol.37, no.1, p.40-48.

119. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *J Polit Econ* 1972;80(2):223-55
120. Coelho Filho, JM & Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, out. 1999, vol.33, no.5, p.445-453.
121. Sawyer DO, Leite IC & Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil *Ciênc. saúde coletiva* v.7 n.4 Rio de Janeiro 2002.
122. Portrait F, Lindeboom M & Deeg D. Health and Mortality of the elderly: the grade of membership method, classification and determination. *Health Economics* 8 (5): 441-457.
123. Branch LG, Jett AM, Evashwick CJ, Polansky M, Rowe G, Diehr P. Toward understanding elder's health service utilization. *Journal of Community Health*. 1981; 7(2):80-91
124. Evashwick CJ, Polansky M, Rowe G, Diehr P, Branch L. Factors explaining the use of health care services by the elderly. *Health Services research*. 1984; 19(3):357-381
125. Palloni A & Peláez M. In: Lebrão, ML & Duarte, YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
126. Cesar CLG & Paschoal SMP. Uso dos serviços de saúde. In: Lebrão, ML & Duarte, YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
127. Santos JLF. Análise de sobrevivência sem incapacidades. In: Lebrão, ML & Duarte, YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
128. Cyrillo DC & Campino, ACC. Situação de ocupação e renda. In: Lebrão, ML & Duarte, YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
129. Noronha KVMS e Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17(5/6):410-8
130. Wallace SP, Gutierrez VF. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):394-409 112.
131. Wong R, Pelaez M, Palloni A. Autoinforme de salud general em adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):323-32.

-
132. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):370-8.
133. Lebrão ML & Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão, ML & Duarte, YAO. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
134. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *J Psychiatr res* 1975;12:189-98
135. Silva, N. N. Processo de amostragem. Aspectos Metodológicos. In: Lebrão, ML & Duarte, YAO. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
136. Nazario, CL. Trabalho de campo para a coleta de dados. Aspectos Metodológicos. In: Lebrão, ML & Duarte, YAO. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
137. Lima, FD. Elaboração do Banco de Dados. Aspectos Metodológicos. In: Lebrão, ML & Duarte, YAO. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
138. Armitage P. & Berry, G. *Statistical Methods in Medical Research*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1987.
139. Gurmu S. Semi-parametric estimation of hurdle regression models with an application to medicaid utilization. *Journal of Applied Econometrics*, vol.12, pgs. 225-242, 1997.
140. Hosmer DW & Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons, 1989.
141. Hamilton LC. *Statistics with Stata* Toronto, Canada .Thomson – Brooks/Cole, 2004.
142. Concato, J. ; Feinstein, A.R; Holford, T.R. The risk of determining risk with multivariate models. *Ann. Int. Med.* N 118, p. 201-10, 1993.

7 – ANEXOS :

A seguir, encontram-se anexos o questionário do SABE na íntegra (Anexo A) e a aprovação do projeto SABE na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (Anexo B).