

## Acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos segundo microrregionais de saúde

*Health services access and use by older adults, by health micro-regions*

*Acceso y uso de servicios de salud por adultos mayores, según microrregiones de salud*

Thaislane Milene Oliveira<sup>1</sup> ; Pollyana Cristina dos Santos Ferreir<sup>1</sup> ;  
Nayara Gomes Nunes Oliveira<sup>1</sup> ; Darlene Mara dos Santos Tavares<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brazil

### RESUMO

**Objetivo:** descrever e comparar as características sociodemográficas e clínicas dos idosos, e o acesso e a utilização dos serviços de saúde, segundo três microrregionais de saúde de Minas Gerais. **Método:** inquérito domiciliar transversal realizado com 1.635 idosos residentes nas Microrregionais de Saúde do Triângulo Sul, em Minas Gerais. Procederam-se às análises descritivas e teste *qui-quadrado* ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** na comparação entre os grupos obteve-se diferença significativa em relação à faixa etária ( $p < 0,001$ ), número de morbidades ( $p < 0,001$ ), uso contínuo de medicamentos ( $p < 0,001$ ) e não realizar consulta com dentista no último ano ( $p = 0,005$ ). **Conclusão:** as políticas públicas devem considerar os fatores sociodemográficos e as condições clínicas dos idosos, mediante o contexto da territorialização e regionalização em saúde, para proposição de estratégias de ação que favoreçam o acesso e uso dos serviços por essa população.

**Descritores:** Sistema Único de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Idoso; Serviços de Saúde para Idosos.

### ABSTRACT

**Objective:** to describe and compare the older adults' sociodemographic and clinical characteristics, and their access to, and use of, health services, by three health micro-regions in Minas Gerais. **Method:** this cross-sectional household survey interviewed 1,635 older adults living in the Health Micro-regions of the Southern Triangle of Minas Gerais. Descriptive analyses and chi-square test were performed ( $p < 0.05$ ). **Results:** comparisons among the groups revealed significant differences by age group ( $p < 0.001$ ), number of morbidities ( $p < 0.001$ ), continuous medication use ( $p < 0.001$ ) and no dental appointment in the prior year ( $p = 0.005$ ). **Conclusion:** in the context of health care territorialization and regionalization, public policies should consider older adults' sociodemographic characteristics and clinical conditions, in order to propose action strategies to favor service access and use by this population.

**Descriptors:** Unified Health System; Health Services Accessibility; Aged; Health Services for the Aged.

### RESUMEN

**Objetivo:** describir y comparar las características sociodemográficas y clínicas de los adultos mayores y su acceso y uso de los servicios de salud por parte de tres microrregiones de salud en Minas Gerais. **Método:** esta encuesta de hogares de corte transversal entrevistó a 1.635 adultos mayores residentes en las Microrregiones de Salud del Triángulo Sur de Minas Gerais. Se realizaron análisis descriptivos y prueba de *chi-cuadrado* ( $p < 0.05$ ). **Resultados:** las comparaciones entre los grupos revelaron diferencias significativas por grupo de edad ( $p < 0,001$ ), número de morbilidades ( $p < 0,001$ ), uso continuo de medicación ( $p < 0,001$ ) y ausencia de consulta dental en el año anterior ( $p = 0,005$ ). **Conclusión:** en el contexto de territorialización y regionalización asistencial, las políticas públicas deben considerar las características sociodemográficas y las condiciones clínicas de los adultos mayores, con el fin de proponer estrategias de acción que favorezcan el acceso y uso de los servicios por parte de esta población.

**Descriptores:** Sistema Único de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Anciano; Servicios de Salud para Ancianos.

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional tem ocorrido de maneira acelerada em diversos países, incluindo o Brasil<sup>1</sup>. Essa alteração no perfil demográfico reflete em novas demandas a serem enfrentadas pelo setor de saúde, visto que nessa faixa etária, de maneira geral, é possível identificar maior número de morbidades, incapacidades funcionais e a necessidade de acesso aos serviços mais especializados e de maior custo<sup>2</sup>.

O acesso aos serviços de saúde influencia a dinâmica demográfica, com impactos positivos sobre a mortalidade e a expectativa de vida, podendo ser considerado um determinante fundamental da qualidade de vida e desenvolvimento socioeconômico<sup>3</sup>. Já sua utilização é multicausal e está relacionada aos fatores individuais e estruturais, assim como aos aspectos do ambiente social, que exercem um papel fundamental na demanda direcionada aos serviços de saúde<sup>4,5</sup>.

Agradecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), APQ n.0189417, e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), APQ n.407978/2016-0, pelo apoio financeiro ao estudo.

Autora correspondente: Pollyana Cristina dos Santos Ferreira. E-mail: [pollyana.ferreira@uftm.edu.br](mailto:pollyana.ferreira@uftm.edu.br).

Editora responsável: Cintia Fassarella

Em investigação com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, o maior acesso aos serviços de saúde ocorreu entre aqueles que residiam nas regiões Sul e Sudeste do país<sup>5</sup>. Revisão da literatura envolvendo a população idosa verificou que a associação entre os fatores socioeconômicos e o uso e acesso aos serviços de saúde foi variada, considerando os diferentes países e o tipo de serviço utilizado. Identificaram menor utilização e problemas de acesso entre aqueles com menor renda e escolaridade, sendo menor essa desigualdade nos países com sistema universal de saúde<sup>6</sup>.

Neste contexto, estudos de base populacional que abordam características sociodemográficas e clínicas, além do acesso e utilização dos serviços de saúde pelos idosos são fundamentais, por oferecerem dados que devem ser considerados na elaboração de estratégias de atenção à saúde, direcionadas a este segmento populacional<sup>5</sup>.

Assim, considerando que no âmbito nacional as investigações com essa temática foram realizadas em cidades pontuais e que os achados podem contribuir para o planejamento de ações em saúde<sup>7</sup>, este estudo propôs-se descrever e comparar as características sociodemográficas e clínicas dos idosos, e o acesso e a utilização dos serviços de saúde, segundo três microrregionais de saúde de Minas Gerais.

## MÉTODO

Estudo tipo inquérito domiciliar, transversal e analítico, desenvolvido na área urbana de uma macrorregião de saúde do Estado de Minas Gerais, composta por três microrregionais de saúde, as quais contemplam 27 municípios, sendo 08 na microrregional I, 11 na II e 08 na III.

A população, selecionada por meio de amostragem por conglomerado em múltiplo estágio, foi constituída por idosos residentes na área urbana da referida macrorregião de saúde. O cálculo do tamanho amostral considerou uma prevalência<sup>5</sup> de utilização dos serviços de saúde nas duas últimas semanas anteriores à entrevista de 25,0%, com precisão de 1,5% e intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 75.726 pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes na zona urbana da macrorregião de saúde, chegando-se a uma amostra de 1.659 idosos.

Para a seleção dos idosos utilizou-se amostragem por conglomerado em múltiplo estágio. No primeiro estágio considerou o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários de cada município da macrorregião de saúde, por amostragem sistemática. Calculou-se, para cada município, a quantidade de domicílios a ser selecionada, proporcionalmente, ao número total de idosos residentes nas 27 cidades da macrorregião de saúde. Em seguida, a quantidade de domicílios foi dividida pelo número de setores censitários, obteve-se o número semelhante de idosos a serem entrevistados em cada setor censitário. Por último, em cada setor censitário, o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente e os demais, em sentido padronizado, até saturar a amostra do setor. Destaca-se que foi recrutado um idoso por domicílio. Caso existisse mais de um idoso residindo no local, entrevistou-se o que teve o primeiro contato com o entrevistador.

Consideraram-se os critérios de inclusão ter 60 anos ou mais de idade e morar na zona urbana das Microrregionais de Saúde do Triângulo Sul. Excluíram-se os idosos com declínio cognitivo e com problemas de comunicação, como surdez não corrigida por aparelhos e transtornos graves da fala.

Foram entrevistados 1.659 idosos, entre março de 2017 a junho de 2018, entre os quais 24 apresentaram declínio cognitivo. Assim, a amostra foi constituída por 1.635 idosos, sendo que 347 residiam na microrregional I, 326 na II e 962 na III.

O declínio cognitivo, critério de exclusão, foi avaliado por meio do Miniexame do Estado Mental<sup>8</sup> (MEEM). Os dados sociodemográficos, as morbidades e a ocorrência de hospitalização nos últimos 12 meses foram obtidos por meio da aplicação de um questionário estruturado elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Para verificação da sintomatologia depressiva utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada<sup>9</sup> (GDS-15), validada no Brasil, com escore que varia de zero a 15 pontos, considerando indicativo de sintomas depressivos a pontuação maior que cinco.

O acesso e a utilização dos serviços de saúde foram avaliados por duas seções do questionário da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios<sup>10</sup>. As perguntas abordam o acesso e uso dos serviços de saúde nos três níveis de atenção<sup>10</sup> e são amplamente utilizadas na literatura científica<sup>3,5-7</sup>.

Foram incluídas no estudo as variáveis sociodemográficas: sexo (feminino; masculino), faixa etária (60 |70; 70 |80; 80 ou mais); estado conjugal (solteiro (a); mora com companheiro (a); viúvo (a); separado/desquitado/divorciado); escolaridade, em anos de estudo (nenhum; 1 |5; 5 ou mais) e renda mensal individual, em salários mínimo (sem rendimento; ≤1; >1).

Foram incluídas as variáveis de saúde: número de morbidades (0-5; 5 ou mais); hospitalização nos últimos 12 meses (sim; não) e indicativo de sintomas depressivos (sim; não).

Para acesso aos serviços de saúde, considerou-se: procura do mesmo local de atendimento à saúde (sim; não); consulta médica nos últimos 12 meses (sim; não); utilização de medicamentos de uso contínuo (sim; não) e consulta ao dentista no último ano (sim; não).

Quando à utilização dos serviços de saúde, foram incluídos: atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas (sim; não); natureza do serviço (público; privado) e satisfação com o serviço (positiva; negativa).

As entrevistas foram realizadas por dez entrevistadores, os quais passaram por treinamento, capacitação e abordagem sobre questões éticas da pesquisa e foram acompanhados por supervisores de campo.

Construiu-se o banco de dados eletrônico, no programa *Excel*<sup>®</sup>, com dupla digitação. Foram verificadas inconsistências entre as duas bases de dados, e realizada a correção, quando necessário. Após este procedimento, o banco de dados foi importado para o programa "*Statistical Package for Social Sciences*" (SPSS<sup>®</sup>) versão 22.0, para análise.

Realizaram-se as análises: descritiva, por meio da apresentação de frequência absoluta e relativa; e bivariada, empregando-se o teste *Qui-quadrado* ( $p < 0,05$ ).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, parecer nº 493.211. Após a anuência do idoso e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conduziu-se a entrevista.

## RESULTADOS

Nas três microrregionais de saúde prevaleceram idosos do sexo feminino, que moravam com companheiro (a), com 1-5 anos de estudo e renda mensal  $\leq 1$  salário mínimo (Tabela 1). Na comparação entre os grupos obteve-se diferença significativa em relação à faixa etária ( $p < 0,001$ ), visto que houve maior proporção de idosos com 60-70 anos nas microrregionais de saúde I e II quando comparados à III, com 70-80 anos (Tabela 1).

**TABELA 1:** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos, segundo três microrregionais de saúde (n=347). Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis	Microrregionais de saúde						p*
	I		II		III		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>							
Feminino	222	64,0	212	65,0	644	66,9	0,564
Masculino	125	36,0	114	35,0	318	33,1	
<b>Faixa etária (em anos)</b>							
60-70	186	53,6	143	43,9	359	37,3	<0,001
70-80	101	29,1	128	39,3	398	41,4	
80 ou mais	60	17,3	55	16,8	205	21,3	
<b>Estado conjugal</b>							
Solteiro (a)	23	6,6	23	7,1	66	6,9	0,790
Mora com companheiro (a)	163	47,0	147	45,1	410	42,6	
Viúvo (a)	129	37,2	118	36,2	378	39,3	
Separado(a)/ Desquitado(a)/ Divorciado(a)	32	9,2	38	11,6	108	11,2	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>							
Nenhum	62	17,9	83	25,5	171	17,8	0,120
1-5	185	53,3	169	51,8	501	52,1	
5 ou mais	100	28,8	74	22,7	290	30,1	
<b>Renda mensal individual</b>							
Sem rendimento	15	4,4	24	7,4	53	5,5	0,092
$\leq 1$ salário mínimo	191	55,0	188	57,6	499	51,9	
> 1 salário mínimo	141	40,6	114	35,0	410	42,6	

Nota: \**Qui-quadrado* ( $p < 0,05$ ).

Verificou-se na microrregional I menor proporção de idosos com cinco ou mais morbidades, em comparação às microrregionais II e III ( $p < 0,001$ ). Nos três grupos prevaleceram idosos sem indicativo de sintomas depressivos e que não foram hospitalizados nos últimos 12 meses, Tabela 2.

**TABELA 2:** Distribuição das variáveis de saúde, segundo três microrregionais de saúde (n=347). Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis	Microrregionais de saúde						p*
	I		II		III		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Número de morbidades</b>							
Nenhuma	12	3,5	4	1,2	13	1,4	<b>&lt;0,001</b>
1-5	160	46,1	107	32,8	293	30,5	
5 ou mais	175	50,4	215	66,0	656	68,2	
<b>Indicativo de sintomas depressivos</b>							
Sim	75	21,6	68	20,9	228	23,7	0,494
Não	272	78,4	258	79,1	734	76,3	
<b>Hospitalização (últimos 12 meses)</b>							
Sim	42	12,1	56	17,2	165	17,2	0,075
Não	305	87,9	270	82,8	797	82,8	

Nota: \*Qui-quadrado ( $p < 0,05$ ).

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde, nas três microrregionais verificou-se maior percentual de idosos que procuraram o mesmo local de atendimento à saúde e realizaram consulta médica nos últimos 12 meses (Tabela 3). Houve diferença estatisticamente significativa em relação ao uso contínuo de medicamentos ( $p < 0,001$ ), com maior proporção de idosos na microrregional III, quando comparada a I e II (Tabela 3). Nas três microrregionais predominaram idosos que não realizaram consulta com dentista no último ano, com menor proporção na microrregional II, se comparada a I e III ( $p = 0,005$ ) (Tabela 3).

**TABELA 3:** Acesso e utilização dos serviços de saúde dos idosos, segundo três microrregionais de saúde (n=347). Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis	Microrregionais de saúde						p*
	I		II		III		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Procura do mesmo local de atendimento à saúde</b>							
Sim	291	83,9	265	81,3	813	84,5	0,394
Não	56	16,1	61	18,7	149	15,5	
<b>Consulta médica nos últimos 12 meses</b>							
Sim	295	85,0	281	86,2	853	88,7	0,163
Não	52	15,0	45	13,8	109	11,3	
<b>Medicamentos de uso contínuo</b>							
Sim	293	84,4	272	83,4	874	90,9	<b>&lt;0,001</b>
Não	54	15,6	54	16,6	88	9,1	
<b>Consulta ao dentista no último ano</b>							
Sim	75	21,6	95	29,1	198	20,6	0,005
Não	272	78,4	231	70,9	764	79,4	
<b>Atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas</b>							
Sim	62	17,9	70	21,5	199	20,7	0,442
Não	285	82,1	256	78,5	763	79,3	
<b>Natureza do serviço</b>							
Público	38	61,3	56	80,0	189	61,3	0,079
Privado	24	38,7	14	20,0	77	38,7	
<b>Satisfação com o serviço de saúde</b>							
Positiva	57	91,9	66	94,3	183	92,0	0,872
Negativa	5	8,1	4	5,7	16	8,0	

Nota: \*Qui-quadrado ( $p < 0,05$ ).

Quanto à utilização dos serviços de saúde, nas três microrregionais prevaleceram idosos que não realizaram atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas, que utilizaram serviço público de saúde e estavam satisfeitos com o serviço de saúde (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

Na atual investigação as características relacionadas às variáveis: sexo, estado conjugal, escolaridade, renda, hospitalização, indicativo de sintomas depressivos, procura pelo mesmo local de atendimento à saúde, consulta médica nos últimos 12 meses e utilização dos serviços de saúde foram semelhantes nas três microrregionais de saúde. Os idosos diferiram quanto ao número de morbidades, com menor proporção na microrregional I; à consulta ao dentista no último ano, sendo menor a proporção na microrregional II; e à faixa etária e ao uso de medicamentos, com população mais longeva e maior proporção do uso de medicamentos contínuos na microrregional III.

O predomínio do sexo feminino nas três microrregionais de saúde corrobora com estudos nacionais<sup>11-13</sup> e internacional<sup>14</sup> desenvolvidos com idosos da comunidade. Hábitos de vida como tabagismo, alimentação saudável e atividade física, além de fatores genéticos e fisiológicos, são diferentes entre homens e mulheres<sup>15</sup>. Esses elementos interagem ao longo da vida sendo capazes de modular a saúde e podendo levar à propensão a doenças com o avançar da idade<sup>15</sup>. O que por outro lado, quando associados aos aspectos históricos, socioeconômicos, culturais e geográficos, poderiam contribuir para a maior expectativa de vida das mulheres em nível mundial<sup>15</sup>. A feminização do processo de envelhecimento relaciona-se às demandas em saúde, como a necessidade de profissionais especializados, além de projetos voltados para o cuidado a essa população, envolvendo a orientação para o autocuidado, promoção da participação social e proteção contra violência, de forma a promover um envelhecimento mais saudável<sup>16</sup>.

Referente à faixa etária, as microrregionais de saúde I e II estão em semelhança com pesquisas brasileiras em que houve maior percentual de idosos com 60-70 anos<sup>12,17</sup>. O aumento da proporção de idosos manifesta-se como um novo desafio à atuação da Atenção Primária à Saúde, no intuito de proporcionar melhor qualidade de vida na velhice e facilitar o acesso aos serviços de saúde a essa população<sup>18</sup>. Assim, é essencial que os profissionais de saúde identifiquem características que remetam a cuidados prioritários, como alterações funcionais oriundas do processo de envelhecimento, a exemplo do que pode ser mais evidente entre os idosos longevos<sup>19</sup>. Nesse sentido, infere-se que dentre as três microrregionais de saúde, a III enfrenta o maior desafio para suprir as demandas em saúde, uma vez que apresenta uma população com idade mais avançada.

Quanto ao estado conjugal o presente estudo corrobora dados de pesquisas nacionais, nas quais prevaleceram idosos morando com companheiro<sup>11,13</sup>. Contudo, também chama a atenção o alto percentual de viúvos. Viver com companheiro (a) pode contribuir positivamente para aspectos vinculados à saúde<sup>20</sup>. Por outro lado, revisão da literatura evidenciou que a viuvez entre idosos pode favorecer a procura por serviços de emergência médica, psiquiátricos e de saúde mental, além de ampliar os índices de mortalidade<sup>21</sup>.

A baixa escolaridade, verificada nas três microrregionais, condiz pesquisa sobre o uso dos serviços de saúde por idosos na Indonésia<sup>22</sup>. Revisão sistemática da literatura apontou para o fato de que, em investigações realizadas com idosos residentes em países desenvolvidos, as baixas escolaridade e renda estiveram relacionadas a dificuldades ao acesso e maiores chances de interromper a busca pelo cuidado nos serviços de saúde<sup>6</sup>. Diante do impacto de fatores socioeconômicos em questões relacionadas à saúde, as Equipe de Saúde da Família surgem como um meio capaz de ofertar serviços àqueles que mais necessitam, por meio de cuidados primários, de forma a minimizar iniquidades que impactam de maneira negativa no acesso aos serviços de saúde<sup>23</sup>.

Em consonância ao atual estudo, a presença de comorbidades entre os idosos foi evidenciada em inquéritos nacional<sup>10</sup> e internacional<sup>24</sup>, sendo mais frequentes entre as mulheres<sup>10,24</sup>. Comparando as três microrregionais, nota-se que na I a proporção de idosos com cinco ou mais morbidades foi menor, o que pode estar relacionado ao fato de ter uma população de idosos mais jovens. Investigações também demonstraram maior ocorrência de comorbidades entre os mais velhos<sup>10,25</sup>. Considerando esses aspectos, destaca-se a importância do monitoramento da presença de doenças entre os idosos. Nesse sentido, o diagnóstico precoce e o planejamento de ações capazes de protelar ou evitar complicações tornam-se essenciais para a tentativa da preservação da funcionalidade do idoso<sup>26</sup>.

Quanto à hospitalização, embora não tenha ocorrido diferença significativa entre os grupos, observa-se que as três microrregionais apresentaram resultados semelhantes aos de estudos nacionais<sup>27</sup> e internacional<sup>22</sup>, com predomínio de idosos não hospitalizados nos últimos 12 meses. O acesso a serviços oferecidos pela atenção primária de forma efetiva pode ser uma estratégia favorável à redução de hospitalizações desnecessárias entre idosos<sup>11</sup>.

Concernente à presença de sintomas depressivos não houve diferença significativa entre os grupos; contudo, ressalta-se que a frequência nas três microrregiões de saúde foi superior ao identificado em estudos nacional<sup>28</sup> e internacional<sup>14</sup>, realizados com idosos na comunidade. Pressupõe-se que a pior condição financeira e o maior número de comorbidades<sup>28</sup> possam ter contribuído com esses resultados. Esses fatores devem ser avaliados, uma vez que podem dificultar o acesso aos serviços de saúde<sup>28</sup>. Assim, cabe aos profissionais de saúde identificar os casos positivos para rastreamento de sintomas depressivos, de forma a promover o diagnóstico precoce, relacionando suas causas, e então

desenvolver o planejamento de ações que favoreçam o acesso e o uso dos serviços de saúde, considerando as necessidades dessa população.

O maior percentual de idosos procurou o mesmo serviço de saúde diante da necessidade de atendimento e realizou consulta médica no último ano<sup>5</sup>. Níveis superiores de escolaridade estão associados ao maior percentual de consultas com médico nos últimos 12 meses<sup>5</sup>. Nesse sentido, apesar de a maioria dos idosos possuírem baixa escolaridade, mais de 80% realizaram consulta médica no último ano, o que pode ser um indicio de que o sistema de saúde procurou atuar na redução das iniquidades relacionadas à saúde.

Em relação à alta frequência de uso de medicamentos, resultados similares foram verificados entre idosos que participaram do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), o qual também identificou a associação entre polifarmácia e risco de óbito em um período de quatro anos entre os mais velhos<sup>29</sup>. Por outro lado, o acesso a medicamentos por meio de Programas Governamentais de Assistência Farmacêutica impactaram na redução do número de internações em serviços públicos e da mortalidade de idosos brasileiros com doenças crônicas<sup>30</sup>. Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) evidenciaram que o uso de medicamentos, principalmente à polifarmácia, foi maior entre aqueles com 70 a 79 anos e com expressividade, também, entre os que tinham 80 anos ou mais<sup>31</sup>. Talvez, este dado justifique o predomínio de idosos que utilizam remédios na microrregional III, uma vez que apresenta maior proporção daqueles com idade mais avançada em comparação a I e II. Haja vista a tendência no aumento do uso de medicamentos por idosos faz-se necessário o planejamento das estratégias de acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde (SUS) e a discussão sobre o uso racional de fármacos por essa população<sup>31</sup>.

O percentual de idosos que realizou consulta com o dentista no último ano, nas três microrregionais, foi inferior ao identificado em estudos brasileiros<sup>5,12</sup>. Entretanto, os dados obtidos para a microrregional de saúde II foi semelhante à pesquisa<sup>32</sup> realizada com idosos Chilenos (31,5%). O maior número de consultas odontológicas pelos idosos esteve relacionado à melhor condição econômica, segundo revisão sistemática da literatura<sup>6</sup>. Nesse contexto, a baixa renda entre os idosos avaliados pode ter contribuído para a menor procura desses serviços.

Embora tenha ocorrido maior proporção de idosos da microrregional de saúde II que referiram ter realizado consulta odontológica no último ano, não é possível afirmar se a procura foi maior por haver mais necessidade do serviço ou se foi por uma melhor cobertura do programa de saúde bucal da microrregional. Em pesquisa com idosos residentes na cidade de Pelotas (RS), a falta de equipes de saúde bucal comprometeu o acesso ao serviço<sup>33</sup>. Assim, políticas públicas que reforcem a ampliação das equipes odontológicas disponíveis são fundamentais para estimularem o uso e garantirem o acesso dos idosos a esses serviços.

O predomínio de idosos que não buscaram atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas corrobora dados de pesquisas envolvendo pessoas idosas na comunidade<sup>5,34</sup>; sendo o serviço público o mais procurado<sup>13</sup>. Quanto à satisfação com o serviço de saúde, menores níveis de escolaridade então associados à melhor avaliação do atendimento recebido pelo SUS<sup>5</sup>, o que pode ser uma explicação para a alta prevalência de percepção positiva do serviço de saúde utilizado, uma vez que a população idosa do presente estudo tem baixa escolaridade em sua maioria.

Esses resultados demonstram a relevância do SUS como fonte de acesso e uso daqueles com 60 anos ou mais de idade no país. Entretanto, reforçam a necessidade de investimentos do serviço público no atendimento às demandas da população idosa, no que condiz a implementação de ações efetivas a esse público, conforme preconiza o Ministério da Saúde<sup>35</sup>. Nesse sentido, a regionalização e territorialização em saúde podem favorecer o conhecimento das especificidades da população atendida, de forma a envolver as diversas facetas referentes ao cuidado, como a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico precoce, o tratamento e a reabilitação, considerando nesse processo os determinantes sociais de saúde e adoecimento.

O estudo apresenta como limitações o delineamento transversal, o que não permite estabelecer relação causal entre os fatores investigados. Neste contexto, sugere-se que pesquisas multicêntricas e de coorte sejam conduzidas, para contribuir com o planejamento das políticas de saúde voltadas a esse grupo etário. Como pontos fortes, destacam-se a amostra representativa de três microrregionais de saúde e os dados apresentados, uma vez que ampliam o conhecimento sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde dos idosos no cenário investigado, podendo fortalecer ou subsidiar ações e políticas de saúde.

## CONCLUSÃO

Os idosos avaliados eram predominantemente do sexo feminino, com baixa renda e escolaridade, moravam com companheiro (a), sendo que a microrregional de saúde III apresentou população mais longa.

Verificou-se diferença significativa entre as microrregionais de saúde em relação à maior faixa etária e ao uso de medicamentos contínuos, com maior proporção na microrregional III; às morbidades, com menor proporção na microrregional I e à consulta ao dentista no último ano com menor proporção na microrregional II. Embora tenham avaliado positivamente os serviços de saúde, nas três localidades o percentual de idosos que buscam os serviços de saúde ainda é baixo, com maior acesso à rede pública.

Dados como estes são importantes para o planejamento em saúde, considerando as especificidades locorregionais, além de ressaltar os desafios e avanços do SUS para responder às demandas dessa clientela, de forma a implementar efetivamente e de maneira equânime as políticas públicas de saúde no país.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World Population Prospects 2019. Volume II: Demographic Profiles. Department of Economic and Social Affairs. [Internet]. New York: WHO; 2019 [cited 2020 Set 15]. Available from: [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf).
2. Dresh FK, Barcelos ARG, Cunha JL, Santos GA. Auto perceived health condition and prevalence of chronic diseases non-transmissible in elderly family health strategy. *Conhecimento Online* [Internet], 2017 [cited 2020 Jun 10]; 2(9):118-27. DOI: <https://doi.org/10.25112/rco.v2i0.1183>.
3. Arruda NM, Maia AG, Alves CC. Inequality in access to health services between urban and rural areas in Brazil: a disaggregation of factors from 1998 to 2008. *Cad. Saúde Pública* [Internet], 2018 [cited 2020 Jun 10]; 34(6):e00213816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00213816>.
4. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Lebrão ML, Duarte Y. Association of chronic pain with the use of health care services by older adults in Sao Paulo. *Rev. Saúde Pública* [Internet], 2013 [cited 2020 Jun 10]; 47(5):914-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004427>.
5. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Rev. Saúde Pública* [Internet], 2017 [cited 2020 Jun 10]; 51(Supl. 1):3s. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>.
6. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Rev. Saúde Pública* [Internet], 2017 [cited 2020 Jun 10]; 51(1): 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006661>.
7. Araújo MEA, Silva MT, Andrade KC, Galvão TF, Pereira MG. Prevalence of health services utilization in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet], 2017 [cited 2020 Apr 15]; 26(3): 589-604. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300016>.
8. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano A. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq. Neuropsiquiat.* [Internet], 1994 [cited 2020 Apr 15]; 52(1):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>.
9. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq. Neuropsiquiat.* [Internet], 1999 [cited 2020 Apr 15]; 57(2-B):421-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [cited 2020 Set 15]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad\\_panorama\\_saude\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf).
11. Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Use of health services by Brazilian older adults with and without functional limitation. *Rev. Saúde Pública* [Internet], 2017 [cited 2020 Apr 15]; 51(supl. 1):5s. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000243>.
12. Sória GS, Nunes BP, Bavaresco CS, Vieira LS, Facchini LA. Access to and use of oral health services among the elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet], 2019 [cited 2020 Apr 15]; 35(4):e00191718. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00191718>.
13. Cruz PKR, Vieira MA, Carneiro JA, Costa FM, Caldeira AP. Difficulties of access to health services among non-institutionalized older adults: prevalence and associated factors. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet], 2020 [cited 2020 Apr 15]; 23(6):e190113. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.190113>.
14. Sousa RD, Rodrigues AM, Gregório MJ, Branco JC, Gouveia MJ, Canhão H, Dias SS. Anxiety and depression in the Portuguese older adults: prevalence and associated factors. *Front. Med.* [Internet], 2017 [cited 2020 Apr 17]; 4:196. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00196>.
15. Ostan R, Monti D, Guerresi P, Bussolotto M, Franceschi C, Baggio G. Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine. *Clin. Sci.* [Internet], 2016 [cited 2020 Apr 17]; 130(19):1711-25. DOI: <https://doi.org/10.1042/CS20160004>.
16. Maximiano-Barreto MA, Portes FA, Andrade L, Campos LC, Generoso FK. The Feminization of the elderly: a biopsychosocial approach of the phenomenon. *Interfaces Cient. Hum. Soc.* [Internet], 2019 [cited 2020 Apr 20]; 8(2):239-52, 2019. DOI: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2019v8n2p239-252>.
17. Melo-Silva AM, Mambrini JVM, Souza Junior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF. Hospitalizations among older adults: results from ELSI-Brazil. *Rev. Saúde Pública* [Internet], 2018 [cited 2020 Apr 17]; 52(Supl. 2):3s. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000639>.

18. Sacco RCCS, Cardoso PRR, Escalda PMF, Assis MG, Guimarães SMF. Evaluation of micro-level management of older person care in primary health centers in a health region in the Federal District of Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet], 2019 [cited 2020 Apr 15]; 24(6):2173-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08332019>.
19. Aguiar VFF, Santos BSC, Gomes DCN, Tavares TCA. Assessment of the functional capacity and quality of life of Brazilian elderly people living in a community. *Rev. Enf. Ref.* [Internet], 2019 [cited 2020 Jun 10]; serIV(21):59-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV19011>.
20. Andrade JM, Duarte YAO, Alves LC, Andrade FCD, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, et al. Frailty profile in Brazilian older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet], 2018 [cited 2020 Jun 10]; 52(Supl. 2):17s. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000616>.
21. Fernandes BL, Borgato MH. Widowhood and elderly health: an integrative review. *Revista Kairós Gerontologia* [Internet], 2016 [cited 2020 Jan 16]; 19(3):187-204. DOI: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/32957>.
22. Madyaningrum E, Chuang YC, Chuang KY. Factors associated with the use of outpatient services among the elderly in Indonesia. *BMC Health Serv. Res.* [Internet], 2018 [cited 2020 Apr 15]; 18(1):707. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3512-0>.
23. Andrade MV, Noronha K, Barbosa ACQ, Rocha TAH, Silva NC, Calazans JA, et al. Equity in coverage by the Family Health Strategy in Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet], 2015 [cited 2020 Apr 15]; 31(6):1175-87. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00130414>.
24. Jovic D, Vukovic D, Marinkovic J. Prevalence and patterns of multi-morbidity in Serbian adults: a cross-sectional study. *PLoS One* [Internet], 2016 [cited 2020 Apr 15]; 11(2):e0148646. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148646>.
25. Zhao C, Wong L, Zhu Q, Yang H. Prevalence and correlates of chronic diseases in an elderly population: A community-based survey in Haikou. *PLoS One* [Internet], 2016 [cited 2020 Apr 15]; 13(6):e0199006. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199006>.
26. Tavares DMS, Pelizaro PB, Pegorari MS, Paiva MP, Marchiori GF. Prevalence of self-reported morbidities and associated factors among community-dwelling elderly in Uberaba, Minas Gerais, Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet], 2019 [cited 2020 Apr 15]; 24(9):3305-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.31912017>.
27. Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depression among the elderly: a population-based study in Southern Brazil. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet], 2016 [cited 2020 Jun 9]; 19(4):691-701. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>.
28. Mendes-Chiloff CL, Lima MCP, Torres AR, Santos JLF, Duarte YO, Lebrão ML, et al. Depressive symptoms among the elderly in São Paulo city, Brazil: prevalence and associated factors (SABE Study). *Rev. bras. epidemiol.* [Internet], 2018 [cited 2020 Apr 15]; 21(Supl. 2):e180014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>.
29. Romano-Lieber NC, Corona LP, Marques LFG, Secoli SR. Survival of the elderly and exposition to polypharmacy in the city of São Paulo, Brazil: SABE Study. *Rev. bras. Epidemiol.* [Internet], 2018 [cited 2020 Apr 15]; 21(Supl.2):e180006. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180006.supl.2>.
30. Almeida ATC, Sá EB, Vieira FS, Benevides RPS. Impacts of a Brazilian pharmaceutical program on the health of chronic patients. *Rev. Saúde Pública* [Internet], 2019 [cited 2020 Apr 15]; 53:20. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000733>.
31. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. *Rev. Saúde Pública* [Internet], 2016 [cited 2020 Apr 15]; 50(Supl. 2):9s. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006145>.
32. Mariño R, Giacaman RA. Patterns of use of oral health care services and barriers to dental care among ambulatory older Chilean. *BMC Oral Health* [Internet], 2017 [cited 2020 Apr 15]; 17:38. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0329-2>.
33. Silva ARE, Kunrath I, Danigno JF, Cascaes AM, Castilhos ED, Langlois CO, et al. Is oral health associated with the presence of depressive symptoms among the elderly? *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet], 2019 [cited 2020 Apr 15]; 24(1):181-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.12662017>.
34. Tavares DMS, Souza Q, Pegorari MS, Gomes NC, Barcelos RA, Oliveira PB. Access determinants and use of health services among the elderly. *Bioscience Journal* [Internet], 2017 [cited 2020 Apr 15]; 33(4):1079-88. DOI: <https://doi.org/10.14393/BJ-v33n4a2017-34896>.
35. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, Silva PA, Carrapato JLF, Sanine PR, et al. Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. *Rev. Saúde Pública* [Internet], 2020 [cited 2020 Jun 15]; 54:6. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370>.