

FALTA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E MULTIMORBIDADE ENTRE IDOSOS BRASILEIROS: MAIS NECESSIDADE, MAIS ACESSO?

SABRINA RIBEIRO FARIAS¹; INDIARA DA SILVA VIEGAS²; BRUNO PEREIRA NUNES³

¹Universidade Federal de Pelotas – sabrinarfarias@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – viegas.indiara@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – nunesbp@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A multimorbidade é caracterizada por envolver um conjunto de doenças crônicas no mesmo indivíduo, destacando-se como um problema de saúde dado a sua alta frequência, consequências negativas e dificuldade de manejo adequado devido à falta de informações sobre esse problema (REIS; CARDOSO, 2015).

O aumento da expectativa de vida acompanha o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que demandam cuidados prolongados, complexos e com alto custo. Este panorama se configura como um fator de risco para maior instabilidade e piora da qualidade de vida. (KÜCHEMANN, 2012; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde é a equidade, onde a mesma possui relação com os termos igualdade e justiça. A equidade em saúde refere-se à prestação de cuidados de acordo com as necessidades dos indivíduos, proporcionando maior suporte a quem necessita mais e menos para os que requerem menos cuidado, reconhecendo as diferenças de acordo com as condições de vida apresentadas (BRASIL, 2018).

Assim, o objetivo deste trabalho é avaliar a ocorrência de falta de acesso aos serviços de saúde segundo a presença de multimorbidade e combinações prevalentes de doenças crônicas. As morbidades serão utilizadas como um marcador de necessidade em saúde objetivando avaliar se a falta de acesso é diferente quanto maior a necessidade. Nossa hipótese, conforme a teoria da lei dos cuidados inversos (HART, 1971), é que a falta de acesso é maior entre indivíduos com maior necessidade.

2. METODOLOGIA

Estudo transversal de base nacional. Foram utilizados dados obtidos na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizado em 2013 através de um inquérito de base domiciliar. O estudo foi conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde (MS). A amostragem foi realizada por conglomerados, por meio de três estágios (setor censitário, domicílios e indivíduos). Neste trabalho, utilizou-se informações dos entrevistados com 60 anos ou mais de idade. Maiores detalhes da pesquisa podem ser encontrados no site do estudo (<https://www.pns.icict.fiocruz.br/>) e outras publicações (DAMACENA, SZWARCOWALD, MALTA et al, 2015; SOUZA, FREITAS, ANTONACI et al, 2015).

A falta de acesso aos serviços de saúde foi mensurada pela seguinte questão: “Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, o Sr(a) foi atendido(a)?”. Essa pergunta só foi realizada para os idosos que referiram procurar serviços de saúde nos quinze dias anteriores à entrevista. Além disso, avaliou-se os principais motivos da falta de acesso aos serviços de saúde.

A principal exposição (multimorbidade) foi operacionalizada por uma lista de 22 doenças, baseadas no relato de diagnóstico médico alguma vez na vida (hipertensão arterial sistêmica - HAS, problema na coluna, hipercolesterolemia, diabetes, artrite/reumatismo, asma/bronquite asmática, bronquite, enfisema, outra doença pulmonar, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho - DORT, câncer, derrame, insuficiência cardíaca, ataque cardíaco, angina, outra doença cardíaca, problema renal, depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo - TOC e outra problema de saúde mental. A multimorbidade foi avaliada através em três categorias: zero/uma, duas e três ou mais morbidades. Além disso, calculou-se os pares e trios de doenças frequentes na população. A frequência foi definida como a combinação de doenças maior que 5%.

As análises foram realizadas por meio de estatística descritiva com cálculo de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Utilizou-se o pacote estatístico Stata SE 15 considerando o desenho amostral complexo do estudo.

A PNS foi aprovada no Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em oito de julho de 2013, sob o número 10853812.7.0000.0008. Todos os respondentes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes da coleta dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre o total de idosos (11.177), 2.783 (26,2%) procuraram serviços de saúde nos últimos 15 dias. Quase a metade dos serviços procurados foram as Unidade Básicas de Saúde (38,7%). Destes, 3,7% (IC95%: 2,8; 4,8) tiveram falta de acesso (Tabela 1). Falta de ficha ou senha para atendimento ou falta de médicos foram os dois principais motivos da falta de acesso que representaram 75,1% do total.

A prevalência de duas e três ou mais doenças foi de 21,5% e 27,2%, respectivamente. Foram identificados dez pares e trios de doenças com frequência maior que cinco por cento. A variação dessas combinações foi de 5,0% para HAS, colesterol elevado e diabetes e 16,3% para HAS e problema na coluna. A ocorrência de falta de acesso foi semelhante segundo a presença de multimorbidade ($p=0,235$) e dos pares e trios de doenças mais prevalentes ($p>0,05$) (Tabela 1).

Observa-se que a proporção da população idosa que obteve a falta de acesso é percentualmente baixa embora possa representar um número considerável de idosos em termos absolutos. A baixa proporção de falta de acesso pode estar relacionada ao desempenho do Sistema Único de Saúde em organizar a atenção à população idosa, principalmente relacionado a Estratégia Saúde da Família a qual objetiva atuar na prevenção (primária, secundária e terciária) das condições crônicas e promoção da saúde e qualidade de vida (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). A falta de acesso ainda existente é semelhante aos níveis encontrados em outros países com sistema universal de saúde e parece ser explicada por problemas organizacionais e de recursos humanos como evidenciado em outras pesquisas (NUNES; THUMÉ; TOMAS et al, 2014; NUNES; FLORES; GARCIA et al, 2016). A iniquidade, tendo as doenças crônicas como marcador de necessidade, não parece afetar a falta de acesso aos serviços de saúde entre idosos brasileiros.

O acesso aos serviços de saúde e a equidade, estão diretamente relacionados à efetividade dos sistemas de saúde os quais devem se organizar para atender de forma correta as necessidades da população, prestando um

suporte ao indivíduo que necessita de maior cuidado e garantindo o acesso aos serviços de saúde conforme as necessidades de cada um (BARROS; LOPES; MENDONÇA et al, 2016).

A implementação de redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na Atenção Básica, permite a expansão do acesso e o uso regular de serviços com equidade. Assim, tendo em vista o direito universal à saúde, redução das desigualdades, a garantia de acesso à rede ambulatorial e domiciliar, capacitação nos diversos níveis de complexidade regulados as necessidades dos indivíduos, principalmente aqueles mais vulneráveis, sendo em pública ou privada (BARROS; LOPES; MENDONÇA et al, 2016).

Tabela 1 – Associação entre multimorbidade e acesso nos serviços de saúde, 2013.

Variáveis	Categorias	Falta de acesso % (IC95%)
Multimorbidade	Zero ou uma	3,2 (2,0 – 5,1)
	Duas	5,0 (3,1 – 8,8)
	Três ou mais	3,2 (2,1 – 4,5)
Pares de doenças		
HAS e problema na coluna	Não	4,0 (2,9 – 5,4)
	Sim	2,5 (1,6 – 3,9)
HAS e colesterol elevado	Não	3,9 (2,9 – 5,2)
	Sim	2,7 (1,4 – 4,9)
HAS e artrite/reumatismo	Não	3,7 (2,7 – 5,0)
	Sim	3,5 (2,1 – 5,8)
HAS e diabetes	Não	3,7 (2,7 – 5,0)
	Sim	3,5 (2,0 – 6,0)
Problema na coluna e colesterol elevado	Não	3,7 (2,8 – 4,9)
	Sim	3,7 (1,8 – 6,3)
Problema na coluna e artrite/reumatismo	Não	3,4 (2,5 – 4,5)
	Sim	5,7 (2,8 – 11,2)
Problema na coluna e diabetes	Não	3,7 (2,8 – 4,9)
	Sim	2,8 (1,2 – 6,1)
Colesterol elevado e diabetes	Não	3,8 (2,8 – 5,0)
	Sim	2,7 (1,2 – 5,9)
Trios de doenças		
HAS/problema na coluna/colesterol elevado	Não	3,7 (2,8 – 4,9)
	Sim	2,9 (1,4 – 6,0)
HAS/colesterol elevado/diabetes	Não	3,7 (2,8 – 4,9)
	Sim	3,0 (1,3 – 6,7)
Falta de acesso geral		3,7 (2,8 – 4,8)

4. CONCLUSÕES

O acesso aos serviços de saúde entre idosos brasileiros é alto e parece adequado sob a ótica da equidade em saúde. Idosos com mais necessidade (avaliada pela carga de doenças crônicas) apresentaram falta de acesso similar aos idosos com menor carga de morbidades.

A falta de acesso ainda existente é explicada, em boa medida, por problemas organizacionais e de falta de recursos humanos. Os resultados apresentados reforçam a importância do cuidado e atenção voltadas para a população idosa brasileira, de maneira a buscar um envelhecimento saudável e ativo com suporte dos serviços de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, F. P. C.; LOPES, J. S.; MENDONÇA, A. V. M. et al. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 264-271, 2016;

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Equidade**, 2018. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>

DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C, et al. The Development of the National Health Survey in Brazil, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.24, p.197-206, 2015.

HART, J.T. The inverse care Law. **Lancet**, p.405-12, 1971

KÜCHEMANN B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: **velhos dilemas e novos desafios**. Soc estado, v.27, n.1, p.165-80, 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

NUNES, B. P.; FLORES, R. T.; GARCIA, L. P. et al. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v.25, n.4, p. 777-787, 2016.

NUNES, B. P.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.6, p.968-976, 2014.

PILGER, C; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.1, p. 213-220, 2013.

REIS, S.; CARDOSO, S. Multimorbidade em cuidados de saúde primários: o que há de novo?. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v.31, n.2, 2015.