

ARRANJO DOMICILIAR, ATENÇÃO PRIMÁRIA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS EM MINAS GERAIS¹

Fernando Antônio França Sette Pinheiro Júnior²
Cassio Maldonado Turra³
Gilvan Ramalho Guedes⁴
Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha⁵

Resumo: O aumento na proporção de idosos numa sociedade com indivíduos cada vez mais longevos traz importantes desafios para as famílias e para a gestão do sistema de saúde. A mudança no foco do paradigma curativo para preventivo foi uma resposta racional a essa questão demográfica no Brasil, culminando com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF). Dadas as continuadas assimetrias regionais e socioeconômicas, é possível que o papel da família ainda seja importante para promover a utilização de serviços de cuidados preventivos entre os idosos, mesmo na presença de buscas ativas e atendimentos domiciliares pelos profissionais de saúde do PSF. Utilizando dados da PAD (2011) aplicadas a modelos de regressão logística, este trabalho visa avaliar a relação entre a disponibilidade de parentes co-residentes e a presença de agentes comunitários de saúde do programa PSF utilizarem serviços preventivos.

1 INTRODUÇÃO

O aumento do número de idosos no Brasil tem uma implicação direta para o custo familiar de cuidado aos idosos e para a gestão dos serviços de saúde. Segundo Costa, Porto e Soares (2003), a transição epidemiológica pelo qual tem passado o Brasil acarretou uma modificação do perfil de saúde da população, substituindo paulatinamente as doenças infectocontagiosas por doenças crônicas. Essa mudança no perfil de saúde implica a mudança de processos agudos - de curta duração por meio da cura ou do óbito, para

¹Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Lima-Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014

²Universidade Federal de Minas Gerais/ fafspj7@gmail.com

³Universidade Federal de Minas Gerais/ cmturra@cedeplar.ufmg.br

⁴Universidade Federal de Minas Gerais/ grguedes@cedeplar.ufmg.br

⁵Universidade Federal de Minas Gerais/ knoronha@cedeplar.ufmg.br

processos de longo impacto, caracterizado por doenças crônicas não-transmissíveis - mais incapacidades e requeredoras de maiores gastos com saúde (OLSHANSKY et al., 1991).

Ter mais idosos (resultado do envelhecimento da estrutura etária) que vivem mais (resultado do aumento da expectativa de vida) exige, portanto, uma série de adequações institucionais (na esfera pública) e na esfera privada (o papel dos cuidadores informais e dos familiares). Segundo Ramos, Veras e Kalache (1987), o Brasil se encontra num processo de envelhecimento acelerado sem que se tenha constatado uma real mudança na qualidade de vida da maioria da população e uma limitada capacidade institucional de lidar com esse novo desafio gerado pela transição demográfica. Camarano et al. (2004) reforçam esse ponto, colocando que se as condições de vida da população sobrevivente não melhorarem, pode-se também prognosticar um aumento do tempo vivido em uma situação precária de saúde, isso porque este processo ocorre em um contexto de grandes desigualdades, de economia frágil, com altos níveis de pobreza, baixa qualidade dos serviços de saúde e recursos financeiros insuficientes.

A mudança paradigmática na relação saúde/doença foi uma resposta da saúde pública aos desafios impostos por uma sociedade com indivíduos mais longevos e em franco processo de envelhecimento. Durante o período de alta prevalência de doenças infectocontagiosas, o foco na cura das doenças fazia razoável sentido clínico e de gestão, pois essas eram em geral resultante de vetores exógenos e podiam ser rapidamente debeladas com intervenções curativas adequadas, com o uso de antibióticos. A imunização era dada praticamente por meio de campanhas de vacinação.

Com o aumento das doenças não-transmissíveis, de caráter crônico, o foco na prevenção dessas doenças mostrou-se como uma resposta racional e eficiente à gestão da saúde. Esse paradigma no foco preventivo é ainda mais relevante ao se constatar que complicações derivadas de doenças crônicas e seus tratamentos requer longo período de tratamento e exames e práticas de alta complexidade – implicando em custos crescentes para o sistema de saúde. No Brasil, a introdução do Programa de Saúde da Família (PFS) foi uma importante alteração na prática de gestão de saúde pública, permitindo que a população fosse instruída a aumentar suas práticas preventivas.

Vários das práticas de utilização dos serviços de saúde com foco nos cuidados preventivos entre idosos está diretamente relacionada com a oferta de cuidadores e parentes. Num

contexto de limitada oferta de mobilidade e acessibilidade, como no caso brasileiro, idosos com necessidades e limitação funcional necessitam de cuidadores informais ou de parentes que possam levá-los até os centros onde são realizados os exames de rotina e as consultas clínicas preventivas. Esse efeito parece ter sido suavizado com a busca ativa feita pelo PSF, especialmente representado pelo papel das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e pela visita domiciliar dos profissionais de saúde dos PSFs.

Num contexto de fortes assimetrias regionais, acredita-se que os avanços na atenção primária, feita pelo PSF no papel de provedor de cuidados preventivos regionalizados, ainda não tenham sido suficientes para eliminar a importância dos parentes imediatos dos idosos com necessidades e com mobilidade reduzida na busca pelos cuidados preventivos. Utilizando pesquisas amostrais representativas para o estado de Minas Gerais, este trabalho pretende entender a relação entre estrutura domiciliar, presença do PSF e utilização dos serviços preventivos de saúde entre idosos em Minas Gerais.

2 UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS IDOSOS: A NECESSIDADE DE MUDANÇA DO MODELO CURATIVO PARA O PREVENTIVO

A utilização dos serviços de saúde pode ser entendida como um processo resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Porém para que essa utilização seja efetiva é necessário que o usuário busque esse serviço de saúde, ou seja, que ele tenha acesso ao serviço de saúde. Donabedian (1973) coloca que para que haja essa efetivação é necessário leva em consideração a qualidade desse serviço, não basta analisar apenas se o indivíduo conseguiu ou não o atendimento, mas também se esse serviço foi capaz de atender a sua necessidade dos cuidados de saúde desses indivíduo e/ou parcela da população, ou seja, deve-se levar em consideração o grau de (des) ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Assim, para o autor, a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes. Nesse sentido, é necessário ressaltar que o acesso ao serviço de saúde depende tanto da sua oferta, quanto da sua demanda, ou seja, é necessário saber se o serviço de saúde prestado é capaz de entregar aquilo que o indivíduo e/ou parcela da população demanda.

Ao se pensar na demanda da população por serviços de saúde, Hulkae Wheat (1985) colocam que a utilização desses serviços por um determinado grupo populacional é predominantemente explicado por seu perfil de necessidades em saúde. Porém, nem todas as necessidades se convertem em demandas. Assim, o conceito de acesso aos serviços de saúde também está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso (Ojanuga & Gilbert, 1992; Puentes-Markides, 1992). Ademais disso, o uso dos serviços de saúde tem relação profunda com o entendimento que o indivíduo tem de sua saúde, de suas possibilidades de recuperação, bem como de obter assistência.

No nível individual, a utilização dos serviços de saúde está associada, principalmente, às características biológicas (genética), demográficas (idade, sexo) e socioeconômicas (renda, escolaridade, hábitos de vida e de consumo). Essas características são fundamentais para se entender o efeito do perfil epidemiológico, do perfil de necessidade, das preferências, das decisões e das capacidades dos indivíduos na busca serviços de saúde. De acordo com ANDERSEN (1968), citado por SAWYER et al. (2002), além da necessidade, há fatores de capacitação e predisposição, que afetam diretamente às características socioeconômicas e demográficas dos indivíduos, que influenciam o uso efetivo de serviços de saúde. Os fatores de capacitação são características socioeconômicas e familiares, que influenciam na capacidade do indivíduo em procurar cuidado; e de predisposição, aqueles que elevam a propensão de necessidade e que, portanto, influenciam nas chances de uso de serviços de saúde.

Hulkae Wheat (1985) colocam que sob a percepção de oferta de saúde que nem todas as demandas são atendidas, dado que as características da oferta podem facilitar ou obstruir a capacidade das pessoas de uso dos serviços de saúde que elas necessitam. Para que as necessidades, transformadas em demanda, sejam atendidas, é fundamental a existência de capacidade de oferta e de condições de interposição entre a disponibilidade e uso dos serviços de saúde. Starfield (2004) coloca que o acesso dado à demanda tem dois componentes: o acesso geográfico, que envolve características relacionadas com a distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado e o acesso sócio-organizacional, que inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Wennberg (1985) abrange esse conceito colocando que além da quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos,

tecnológicos) e da localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador e o tipo de serviço são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos. Nesse mesmo sentido, Andersen (1968), citado por Sawyer et al. (2002), coloca que os principais fatores relacionados à oferta, que estabelecem a capacidade do sistema de saúde em atender as demandas por serviços de saúde da população são: a disponibilidade, a acessibilidade, a qualidade, a quantidade e a localização de recursos humanos, tecnológicos e financeiros e a forma de financiamento.

Ao longo das duas ou três últimas décadas conseguiu-se demonstrar que a grande maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente à doenças transmissíveis como às não transmissíveis – são na maioria preventivos. Evidências desta afirmação é a significativa diminuição de mortalidade por doenças coronárias e cerebrovasculares, redução de incidência e mortalidade por câncer cervical, diminuição da prevalência de consumo de fumo, e da incidência de câncer do pulmão em homens. Dessa forma, uma grande carga produzida por doenças pode ser evitada, tanto em termos sociais como econômicos. A lógica da prevenção clínica é a de estabelecer o diagnóstico de uma doença o mais precoce possível, estando dirigida à pessoas que não apresentam sinais e sintomas de doença (NICHOLLS, 1998).

Visto que os idosos apresentam uma saúde mais fragilizada e maior necessidade de procedimentos médicos, eles utilizam mais os serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes, o tempo de ocupação do leito é maior e a recuperação é mais lenta e complicada, quando comparado a outras faixas etárias (COELHO FILHO, 2000; MENDES JÚNIOR, 2000; VERAS, 2003; PEIXOTO et al., 2004), fazendo com que apresentem um percentual relativamente maior de internação e custos hospitalares se comparado com a sua representação na população. (REIS, 2013).

Segundo Reis (2013), “o aumento da proporção de idosos poderia gerar um aumento expressivo nos custos especialmente para grupos de doenças que são mais prevalentes nessa faixa de idade, tais como doenças circulatórias e neoplasias”. Dessa maneira, o autor sugere que haja uma mudança no foco dos cuidados de saúde para essa parcela da população, reduzindo o foco nas internações para os cuidados preventivos para essa parcela da população, visando minimizar esse aumento de custos. Nesse mesmo sentido, Berestein e Wajman (2008) colocam que medidas preventivas podem diminuir os gastos com essas

doenças típicas, sendo possível evitar ou retardar o aparecimento delas, que normalmente implicam gastos com recursos tecnológicos mais sofisticados e um maior tempo de permanência em hospitais.

Todavia, Bereinstein e Wajnman (2008) colocam que o modelo de saúde brasileiro está focado em serviços curativos e não preventivos, e que se investe muito pouco em nas rotinas de prevenção, fazendo que a população venha a procurar os serviços médicos apenas quando estão com o estado de saúde mais debilitado. Dado isso e o aumento da proporção de idosos no país, as autoras expõem que se nenhuma medida for tomada, haverá um aumento nos custos de saúde. Com isso, as autoras propõem que seja realizado esforços e investimentos na área a saúde preventiva e de tratamento ambulatorial.

3 O PAPEL DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA(PSF) E DOS ARRANJOS DOMICILIARES NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PREVENTIVOS PELOS IDOSOS

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, com o propósito de fomentar ações capazes de alcançar maior abrangência territorial, descentralização e equidade, a partir da prestação de serviços que priorizava um atendimento focado em grupos populacionais do Sistema Único de Saúde. Posteriormente, em sua fase de consolidação, veio a ser chamada de estratégia Saúde da Família (SF). Considerando o objetivo de reorganizar o atendimento básico da saúde, a assistência prestada às comunidades através do programa visa não apenas o atendimento integral ao paciente, mas também a organização da comunidade e uma atuação mais participativa e efetiva às reais necessidades de saúde. Segundo consta na cartilha do Ministério da Saúde:

Em sua essência, o SF foi pensado como mecanismo de ruptura em relação ao comportamento passivo e baseado em ações pontuais das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade (CHIESA; FRACOLLI apud BRASIL, 2008, p. 10).

As equipes de Saúde da Família são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ou mais agentes comunitários de saúde (ACS), caracterizando o seu caráter interdisciplinar e multiprofissional. O Ministério da Saúde recomenda que os serviços prestados por uma equipe de saúde atenda até 4.000 pessoas, podendo variar o número de ACS de acordo com a cobertura populacional da equipe

vinculada a Unidade Básica de Saúde. Em 2000 a estratégia expande sua atuação a partir do momento que foram agregadas as Equipes de Saúde Bucal, compreendendo atividade conjunta entre o cirurgião-dentista, o técnico de higiene dental (THD) e o auxiliar de consultório dentário. Conforme afirmado no documento da PROCEMPA, órgão de processamento de dados do governo municipal de Porto Alegre:

A opção pelo PSF, tal qual o propõe o Ministério da Saúde, se constitui numa alternativa altamente potente para atingirmos, de forma direta, os bolsões de maior necessidade sócio-sanitária da cidade. Entendemos que o PSF pode constituir uma política de base do Sistema de Saúde, provocando uma reestruturação da missão do conjunto dos serviços de atenção primária à saúde já existentes. É de fundamental importância a possibilidade de remunerar as equipes do PSF através da tabela diferenciada do SUS e ainda contratar os profissionais através do sistema de convênios com as associações comunitárias. (PORTO ALEGRE, 2008).

O estado de Minas Gerais conta atualmente com 1.937 equipes de Saúde da Família e 2.741 equipes de Saúde Bucal, totalizando 4.678 com cobertura territorial de 848 municípios, que correspondem a 99,41% do total., segundo dados do CNES/DATASUS. De acordo com esses dados em 1998 o número de famílias atendidas era de 557.342 e último levantamento realizado em julho de 2013 aponta que esse número já é de 3.632.576 famílias, com 12.452.338 pessoas atendidas, sendo entre elas 1.742.996 (948.372 mulheres e 794.624 homens) pessoas com mais de 60 anos, o que corresponde a 14% das pessoas atendidas.

Dentre as atribuições do PSF constantes no Caderno de Atenção Básica voltada para a atenção à pessoa idosa, se destaca a realização de uma avaliação global da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica que tem como ênfase a funcionalidade, visando detectar a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. Por meio dessa avaliação é que a equipe de Saúde da Família irá elaborar um planejamento terapêutico a longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários. Dessa maneira é necessário que seja realizado uma ampla avaliação dos antecedentes diagnósticos, com ênfase nas doenças crônicas que mantêm-se ativas. Dada sua prevalência, devem ser sempre investigadas sistematicamente, para serem descartadas: afecções cardiovasculares, em especial doença hipertensiva; diabetes e suas complicações; déficits sensoriais (auditivo e visual); afecções osteoarticulares; déficits cognitivos. Para tanto sugerem que a equipe do PSF realize diferentes exames, de nutrição, hipertensão, diabete, visão, audição, incontinência urinária, cognição, demência, depressão, atividade sexual e AIDS, atividades diárias, queda e suporte social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Com base na realização desses exames, a equipe da Saúde da Família realiza serviços preventivos de saúde para o idoso, de maneira a identificar as demandas e os serviços necessários para atendê-los, visando um aumento da qualidade de vida dos idosos. Com isso, o PSF visa fazer face aos desafios de saúde preventiva do idoso, se atentando ao bem-estar, à rotina funcional e à inserção familiar e social do idoso (BRASIL, 2006; CALDAS, 2003; KARSCH, 2003; SILVESTRE; NETO, 2003).

Meirelies et al. (2007), em estudo realizado na área de Maringá para os idosos atendidos pelo PSF, constatou que as doenças de maior prevalência entre os idosos foram a hipertensão arterial e a diabetes, seguida da hipertensão arterial e diabetes mellitus como doenças associadas. Segundo as autoras, grande parte dos idosos moram com duas ou mais pessoas, e a maioria apresentava alguma renda. Para esses autores, a estruturação e a execução das políticas de saúde ao idoso, fundamentadas no diagnóstico de problemas específicos, possibilitam ações e resultados efetivos.

Estudo realizado por Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) que busca analisar os padrões de utilização dos serviços de saúde em comunidades cobertas pelo PSF para Porto Alegre no ano de 2003, demonstram que as mulheres, com 60 anos ou mais, com cor da pele branca, com menor nível socioeconômico, sem cobertura por plano de saúde e com autopercepção de saúde ruim tiveram maior probabilidade de utilizar a unidade de saúde da família local. A utilização da unidade de saúde da família local foi maior entre as pessoas com menor nível socioeconômico e sem cobertura por plano de saúde, indicando indivíduos mais pobres como prioritários das ações governamentais. Segundo os autores, a mudança do modelo assistencial e a implantação do PSF tendem a melhorar progressivamente as condições de saúde da população mais pobre.

Goldbaum et al. (2005) em estudo para os distritos de Vila Nova Cachoeirinha e Vila Curuçá - distritos do município de São Paulo em 2001, buscava, identificar as mudanças no perfil de utilização de serviços de saúde após implantação do PSF, identificando os fatores associados a essas. Segundo os autores, nas áreas cobertas pelo PSF, na utilização de serviços não foram observados razões de prevalência significativamente diferentes segundo escolaridade e renda; e nas áreas não cobertas as razões de prevalência foram mais elevadas para maior escolaridade e renda. Quando se busca analisar a procura por assistência em pessoas com que sofrem de morbidade, nas áreas cobertas pelo Programa a razão de prevalência foi maior em pessoas

com grau de limitação intenso, e nas áreas não cobertas a razão de prevalência foi mais elevada para maior escolaridade e menor para os inativos. Segundo esse estudo, na população coberta pelo PSF a renda e escolaridade não se constituem em fatores que diferenciam de forma significativa o perfil de utilização de serviços de saúde e de procura por assistência, indicando que o programa pode estar contribuindo para maior equidade nessas condições.

Andrade et al. (2012) em estudo realizado sobre o PSF em Minas Gerais, ressaltam que para os idosos há uma variação regional e por classe econômica no que tange a fragilidade, a morbidade dos idosos e a utilização de serviços preventivos. Porém, segundo elas e corroborando para os resultados encontrados por Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) e de Goldbaum et al. (2005), que o PSF contribui para a redução das desigualdades na utilização de serviços de saúde nesse grupo populacional. No que tange aos cuidados preventivos as autoras ressaltam que o PSF se configura como um provedor de cuidados preventivos para esse grupo, de maneira, também a reduzir as desigualdades na utilização desse tipo de serviço.

A partir desse estudo, se percebe que o PSF, apesar de ser um programa, que não tem um foco exclusivamente do idoso, tem ações efetivas para melhorar a saúde e a qualidade de vida dessa parcela da população. O PSF é de grande importância para a população com nível socioeconômico menor e ausente de plano de saúde privado, com isso, ele age de maneira a diminuir as desigualdades de saúde e de acesso a serviço de saúde nessa parcela da população.

No entanto é necessário saber qual o papel da família em melhorar as condições de saúde dos idosos com a presença e ausência do PSF. Isso porque entre os suportes formais e informais, a família é a primeira fonte de cuidado, preferida pela sociedade em relação ao envelhecimento, pois permite a participação e integração dos idosos na comunidade e menores custos para o sistema. Os sistemas informais se diferenciam dos formais pelo modo de executar suas atividades. Seus procedimentos não são regidos por aspectos formais e técnicos, pois a assistência surge como consequência de relações sociais ou afetivas. Não possuem uma construção previamente definida, vão sendo concebidos à medida que as necessidades emergem (CALDAS, 2003; DOMINGUES, 2004). O apoio prestado pela família tende a aumentar com a idade. No âmbito mundial, as estratégias no cuidado domiciliar de idosos mostram variações em função de diferentes estágios do processo de transição demográfica e epidemiológica, da organização e financiamento do sistema de saúde e em aspectos culturais

que determinam, principalmente, a decisão entre a institucionalização e a manutenção do idoso no domicílio junto à família (DUARTE, 2005).

Nos países desenvolvidos as funções de auxílio da família para seus membros incapacitados foram substituídas continuamente pelo setor público, já nos países em desenvolvimento o acelerado crescimento da população de idosos não permitiu que os serviços públicos se adaptassem às necessidades dessa população, por isso, a família, em especial os filhos adultos, continuam representando a principal fonte de auxílio aos idosos. Nos países latino-americanos a tendência de auxílio vindo de ambas as partes mostra ser cada vez mais acentuada (SAAD, 1999). A diminuição do tamanho da família (um reflexo da redução da fecundidade), e o aumento da longevidade podem contribuir para uma crescente formação de domicílios unipessoais formados por idosos. Aliado a isso, a disponibilidade da mulher, que tradicionalmente, por razões culturais, tem sido delegada a tarefa dos cuidados básicos aos idosos, diminui à medida que aumenta sua participação no mercado de trabalho, fora do domicílio (SAAD, 1996). Além disso, o número crescente de divórcios, múltiplos casamentos, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe, precisam ser considerados quando se avalia o suporte informal aos idosos na sociedade brasileira (GORDILHO et al., 2000). Esses fatores fazem com que haja uma diminuição das tradicionais famílias extensas, e com pessoas no domicílio para cuidarem e conviverem com os idosos, fazendo com que esses fossem parte integrante da família (YAZAKI et al., 1991).

Assim, ao se estudar o papel da família na utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos deve-se analisar o arranjo domiciliar, onde as relações ocorrem com mais intensidade. Segundo Ayendez (1994), o arranjo domiciliar pode ser formado por uma pessoa vivendo só ou por um grupo de pessoas que residem em um domicílio particular, e que muitas das vezes é constituído por familiares, mas há casos de grupos formados unicamente por pessoas que não reconhecem laços de parentesco entre si. O apoio informal presume que cada domicílio procure formular estratégias de organização, no sentido de suprir demandas que, de outra forma, não seriam satisfeitas. Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, requerendo os mecanismos necessários de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio (GORDILHO et al., 2000).

Nesse sentido, o estudo do arranjo domiciliar é de suma importância para a determinação do bem estar das pessoas idosas, visto que as pessoas que com elas residem podem auxiliá-las e lhes auxiliar em diversos aspectos, além de, se segundo Wilmoth (2002) poderem determinar o ambiente físico e social onde ocorre o envelhecimento. Assim, o autor coloca que os arranjos domiciliares e as características de saúde estão estreitamente relacionados. Porém, Corrêa (2010) coloca que essa relação depende do arranjo domiciliar em que o idoso está inserido, das características individuais desse(idade, sexo, escolaridade, renda e auto avaliação de saúde, etc) e da interação entre esses dois. Portanto, é necessário estudar como esse processo ocorre.

Segundo Lebrão e Laurenti (2005), em um estudo realizado com base na SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, - verificou-se que a maioria dos idosos vive com sua família, 35,2% dos idosos moravam com os filhos e 20,0% moravam apenas com o cônjuge, o que comprova a assistência da família no cuidado ao idoso. Verifica-se maior proporção de mulheres morando com filhos (54%) do que os homens (34%). Os idosos do sexo masculino do estudo residem em sua maioria com as companheiras, sugerindo que esta é uma fonte potencial de apoio. No estudo de Moraes (2007), 43,5% dos homens eram cuidados pelas esposas e sugere que 46,8% das pessoas que cuidam dos homens possuíam mais de 60 anos. As idosas do sexo feminino residem em grande parte com filhos e com outros familiares, no estudo citado acima, os principais cuidadores das idosas eram os filhos, 64,4% e outros familiares, 20,0%.

Para Camarano et al. (2004), os arranjos domiciliares formados por mais de uma geração, surgem para garantir a assistência ao idoso, devido a incapacidade física e financeira, ou devido a filhos desempregados, morte de um dos cônjuges, casamento ou divórcio dos filhos e/ou do prolongamento do tempo de permanência do filho na casa dos pais, devido a instabilidade no mercado de trabalho, maior número de anos passados na escola e instabilidade nas relações afetivas. Para a autora, essa coresidência beneficia tanto os idosos quanto as gerações mais jovens. Entretanto as autoras alertam para a condição de dependência do idoso sobre as famílias mensuradas a partir da relação com o chefe do domicílio na condição de “parentes” ou “agregados”, os quais seriam pais ou sogros, que na falta de renda ou autonomia física ou mental, vão morar com filhos ou outros parentes. As mulheres apresentaram maior dificuldade na capacidade funcional e menores rendimentos, provavelmente há a necessidade de morar em casa de “outros parentes”. Os dados mostraram

uma tendência bidirecional para a formação dos arranjos domiciliares das idosas, enquanto uma parcela foi morar na casa de algum parente, outros receberam os familiares em seu domicílio, além disso, um grupo das idosas que moravam em arranjos trigeracionais e outros com filhos e com não familiares, além das que residiam com netos e que coabitavam com outros idosos, eram independentes. Os motivos destacados pelos idosos que coabitavam com outras pessoas foram para estar perto dos filhos ou familiares, falecimento do esposo(a)/companheiro(a), além da separação conjugal. A necessidade de cuidados e situação financeira foi pouco mencionada pelos idosos, considerando maior independência destes.

Em relação ao fluxo que levou a formação do arranjo domiciliar, Silva, Bessa, Oliveira (2004) comentam que só a partir dos 80 anos há um aumento para o início da dependência física ou psicológica, havendo a necessidade da família morar com o idoso ou vice-versa. Quando o idoso reside sozinho, esta se faz necessário mobilizar a rede social de apoio. Neste momento, o conceito de família deve ser ampliado para abarcar as demandas do idoso, incluindo vizinhos e pessoal dos serviços de saúde os quais o idoso está adstrito (SILVA, BESSA, OLIVEIRA, 2004). A coresidência por necessidade dos idosos tende a aumentar com o avançar da idade, o que pode estar relacionado à sua maior dependência física ou financeira, mas também é afetada por aspectos culturais (CAMARANO et al., 2004). Em relação aos custos da coresidência, poderiam citar-se a perda de privacidade de ambas as partes e a sobrecarga física e emocional aos familiares de idosos com deficiências físicas e/ou mentais (MARTIN, 1990). Diversos estudos mostram que quanto menor a renda e piores as condições de saúde dos idosos, maiores as suas chances de receber ajuda informal, e também, menor a sua probabilidade de prover algum tipo de apoio (DOWD, 1980; WOROBEY; ANGEL, 1990).

Os idosos desprovidos monetariamente podem contribuir para a economia domiciliar através do cuidado das crianças e da casa, pequenos reparos ou sendo o chefe da casa. Em contrapartida, outros membros familiares podem auxiliar o idoso, com a capacidade funcional diminuída, como por exemplo, no transporte, nos cuidados médicos e nos serviços domésticos, além da companhia e apoio emocional para ambas as partes (VOS; HOLDEN, 1988; RAMOS, 1994). Por sua vez, sabe-se que as aposentadorias compõem o orçamento familiar, sendo importante estratégia para a sobrevivência dos grupos domésticos em situações multi-geracionais. O perfil do cuidador é, em geral, formado por cônjuges ou filhos, do sexo feminino, que vivem no mesmo domicílio do idoso. Em muitas situações, também

são pessoas fragilizadas, pois apresentam dificuldades financeiras, problemas de afeto e de relacionamento, sobrecarga de tarefas e solidão, sendo doentes em potencial e com a capacidade funcional em risco. (CESCHINI, 2002; KARSCH, 2003)

O estado conjugal e o sexo (RAMOS, 1994) de pais idosos e filhos adultos podem influenciar a direção das transferências de apoio familiar, assim como, o número de filhos vivos, os recursos físicos, financeiros e a coabitação (DOWD, 1980; WOROBEY; ANGEL, 1990). Segundo Duarte (2001), filhos únicos e mulheres não casadas são particularmente vulneráveis a assumir a função do cuidado ao idoso, e para Saad (2003; 2004), há uma associação positiva entre o número de filhos e a possibilidade do idoso viver com ao menos um deles tanto em regiões onde a coresidência é mais comum como na América Latina e Ásia e também em regiões onde a coresidência é menos comum como, nos Estados Unidos .

Apesar de arranjos independentes de idosos, ou seja, idosos que moram sozinhos e os que vivem com o cônjuge, ser maior em países desenvolvidos, esse número vem aumentando nos países em desenvolvimento, como Argentina, Brasil e Uruguai. No Brasil, a proporção de idosos, em velhice avançada, que residem sozinhos, corresponde a 21,3%, com maior porcentagem de mulheres residindo sozinhas (LEBRÃO, LAURENTI, 2005). A elevação dos níveis socioeconômicos dos idosos e questões culturais, como a valorização do individualismo são fatores que contribuem para este aumento. Saad (2003) menciona que em relação ao estado conjugal nas idades mais avançadas, a proporção de idosos que moram com cônjuge é maior entre os homens (35,0%) do que entre as mulheres (20,0%). Por outro lado, a proporção de mulheres que moram sozinhas (17%) é maior que os homens (7%). Em Berlim, na Alemanha, Baltes e Mayer (1999) identificaram que na década de 70, em relação aos arranjos domiciliares de idosos, 60% moravam sozinhos, 25% com o cônjuge ou parceiro e 5% com outras pessoas. Nos EUA, os cidadãos idosos alta escolaridade são mais propensos a viver sozinho e menos propensos a coresidem com as crianças, já que a educação está diretamente relacionada a uma melhor saúde e menor número de crianças (WILMOTH, 2002).

No caso dos arranjos que envolvem o casal as demandas tendem a sobrecarregar a mulher, na maioria das vezes também idosa, podendo ter seu potencial de auxílio mais limitado. Estudos mostram que as companheiras do sexo feminino assumem frequentemente a função de cuidadoras, mesmo não estando aptas fisicamente para tal (CAMARANO, 2004). Em estudo

realizado por Costa (2012) para o Brasil, observa-se que há uma menor chance de o idoso receber atendimento de emergência no domicílio se viver com cônjuge, demonstrando o efeito protetor de status marital, porém, diferentemente do que foi apontado por Camarano(2004), esse efeito foi protetor para as mulheres e não para os homens , ou, ainda, se for pessoa de referência no domicílio.O fato de o idoso ser casado, possuir níveis de renda e estudo mais elevados ou ser proprietário de imóvel diminui as chances de coabitação com filhos, favorecendo este tipo de arranjo. Nesse tipo de arranjo, os homens com maior número de dificuldades nas atividades cotidianas tendem a ter a companheira como responsável por esses, enquanto as mulheres tendem a viver em arranjos com maior número de co-residentes. (DUARTE, 2005).

Segundo Camarano (2004), no Brasil, é relativamente elevada a proporção de mulheres morando sozinhas, aproximadamente 15% em 2003, e de residentes na casa de “outros parentes”, 16,1%. Dentre as que residiam na casa de parentes, aproximadamente dois terços reportaram serem viúvas. Em um estudo de Camargos et al (2003) para Minas Gerais em 2003, as chances de uma idosa morar sozinha cresceram na medida em que a renda dela aumenta, mesmo controlando por educação, determinantes demográficos e de saúde. Segundo esse estudo, idosas com 75 anos ou mais, com cinco anos e mais de estudo, sem filhos e melhores condições de saúde têm maior chance de morarem sozinhas. Em estudo mais recente de Costa (2012) para todo o Brasil reafirma esse fato. Segundo a autora, as mulheres idosas são mais propensas do que os homens a viverem sozinhas, e menos propensas a viverem com um cônjuge ou como chefe de família, e cresce na medida em a renda e a escolaridade aumentam.

De acordo com Lloyd-Sherlock (2004), as mulheres idosas experimentam maior probabilidade de ficarem viúvas, e, muitas, vezes, em situação socioeconômica desvantajosa. A universalização da seguridade social, as melhorias nas condições de saúde e avanços nos meios de comunicação, no transporte e nos serviços, podem sugerir que viver só, para os idosos, represente uma forma inovadora e bem-sucedida de envelhecimento, e não abandono, descaso e/ou solidão (CAMARANO, 2002).

Porém, para Camargo e Rodrigues (2008) morar sozinho em idade avançada no Brasil poderia ser indicativo de envelhecimento bem-sucedido, boas condições de saúde e interação com familiares e amigos, em contraposição à falsa ideia de desamparo e solidão. Porém, segundo

os autores morar sozinho também pode significar para o idoso fragilidade e vulnerabilidade, uma vez que a falta de companhia poderia implicar a presença de hábitos indesejáveis em relação à saúde e falta de assistência adequada. O estudo dos autores revelou que mesmo entre os idosos que se mostravam preocupados com sua saúde, o cuidado com a própria saúde não era tão adequado quanto imaginavam, sendo comuns: hábitos alimentares indesejáveis, monitoramento inadequado da saúde, falta de prática de atividade física regular, não utilização de medicamentos conforme prescrição e falta de companhia em período integral quando estavam doentes.

Nesse sentido, Costa (2012), em seu estudo para o Brasil coloca que as mulheres utilizam mais serviços preventivos que homens, e que os idosos que coresidem apenas com idosos tem maiores chances de utilizar os serviços de saúde de maneira mais adequada, ou seja, utilizam mais os serviços de saúde preventivos⁶ em relação aos idosos que coresidem apenas com adultos. Nesse mesmo sentido, a autora expõe que a presença de coresidentes adultos, provavelmente, filhos dos idosos não é um fator importante no que tange o uso adequado e racional dos serviços de saúde pelos idosos, ou seja, a utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos.

Esse ponto é o que se busca estudar nesse trabalho para estado de Minas Gerais. Os arranjos domiciliares de idosos dão menos ou mais incentivos a esses a cuidarem mais da própria saúde se comparados com os demais arranjos? E entre os arranjos domiciliares de idosos, os idosos que vivem com cônjuges têm mais ou menos incentivos para cuidar da própria saúde se comparado com os que vivem sozinhos? Qual a influência da visita da equipe do PSF na utilização desses cuidados?

4 O PAPEL DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E DOS ARRANJOS DOMICILIARES NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PREVENTIVOS PELOS IDOSOS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

A análise da influência do Estado, mercado e família na utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos em Minas Gerais será realizada a partir dos dados da Pesquisa de Amostra

⁶Para serviço de saúde preventivo a autora utilizou como proxy a realização de consulta médica nos últimos 12 meses..

de Domicílios (PAD), realizada pela Fundação João Pinheiro aplicada em 2011. Essa pesquisa é amostral e domiciliar, com representatividade para mesorregião, região de planejamento, situação do domicílio (rural/urbano) e capital e interior do estado. A pesquisa foi realizada entre 01/10/2011 a 29/02/2012, a qual amostrou mais de 18 mil domicílios distribuídos em 1200 setores censitários e 428 municípios, dos 853 municípios do estado. De maneira geral, segundo a pesquisa, em 2011, os homens representavam 49,2% da população, e as mulheres, 50,8%. Em relação a distribuição por faixa etária tem-se que 22,4% da população têm até 14 anos, 5,3% tem entre 15 e 17 anos, 12,3%, entre 18 e 24 anos, 24,1%, entre 25 e 39 anos, 24,1%, entre 40 e 59 anos, e 11,8% tem 60 anos ou mais.

A análise foi realizada separadamente para homens e mulheres, visto que os comportamentos de ambos em relação ao cuidado com a saúde são significativamente distintos. Historicamente, os homens geralmente consomem mais álcool, tabaco e drogas do que as mulheres na maioria das sociedades, e conseqüentemente estão mais propensos a morrer de muitas doenças associadas, como câncer de pulmão, tuberculose e cirrose do fígado. Outro fator que faz necessário considerar essas características é o fato de as mulheres apresentarem maiores cuidados com a saúde, e de estarem sujeitas a trabalhos com menor periculosidade, que na maioria das vezes é exercida por homens.

Para verificar a associação entre os arranjos domiciliares dos idosos e a utilização de serviços preventivos de saúde, controlados pelas condições demográficas, socioeconômicas e de saúde foram utilizados modelos de regressão logística multivariada para cada tipo de serviço de saúde preventivo. A mesma regressão foi realizada para verificar a associação entre o PSF e a utilização de serviços de saúde preventivo para os idosos. Todas as estimativas foram calculadas usando o peso amostral apropriado na PAD.

Para verificar a associação a utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos foram selecionadas as variáveis de realização de exame de pressão arterial, colesterol e glicose. As variáveis de interesse são a presença ou ausência do PSF e arranjo domiciliar, com suas interações. As variáveis de controle do indivíduo são grupos de idade, renda domiciliar per capita, escolaridade, portar de plano de saúde, número de doenças crônicas e saúde autorreportada, enquanto as variáveis de controle do entorno do indivíduo são a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, mesorregião e setor censitário (rural/urbano).

Para as variáveis de interesse de presença ou ausência do PSF e arranjo domiciliar foram utilizadas as seguintes variáveis: visita de agente comunitário de saúde sendo uma proxy para a utilização dos serviços prestados pelo PSF, que conforme visto é um dos principais instrumentos de prestação de serviços de saúde pública no Brasil atualmente. E a composição do arranjo para a proxy do papel das famílias, por meio de cinco tipos de arranjos: o idoso morando sozinho, morando com o cônjuge, morando com o cônjuge e filho, morando apenas com o filhos, e outros⁷.

Os resultados dos exames que deveriam ser realizados pelo idosos (exame de colesterol, glicose e pressão arterial) foi feito considerando ambos os sexos e considerando cada um separadamente, conforme tabela abaixo. Para todos os resultados a robustez dos valores apresentados se encontram entre parênteses e aqueles que apresentam significância a 5% estão demarcados com (*), enquanto os que apresentam significância a 1% estão demarcados com (**).

⁷Apesar de Camarano et al (2004) terem encontrado que há uma parcela importante de idosos que moram com pai, mãe, sogro(a), irmão, irmã, outro parente ou agregado, o estudo optou por agrega-los em um único grupo, visto que caso fossem analisados separadamente, o percentual de cada um seria pouco significativo.

Tabela 1: Resultados dos modelos de regressão logística para análise do efeito do arranjo domiciliar e da visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) sobre a realização dos exames de colesterol, glicose e pressão arterial controlado pelas características elencadas, para todos os idosos, e por sexo:

Variáveis	Exame de Colesterol			Exame de Glicose			Exame de Pressão Arterial		
	Todos os idosos	Homens	Mulheres	Todos os idosos	Homens	Mulheres	Todos os idosos	Homens	Mulheres
Tem Plano de Saúde	1,74 (5,42)**	1,62 (3,39)**	1,82 (4,12)**	0,17 (5,45)**	1,66 (3,54)**	1,79 (4,05)**	1,24 (1,37)	1,44 (1,62)	1,00 0,00
Visita do Agente Comunitário de Saúde	1,15 (1,92)*	1,22 (1,95)*	1,06 (0,60)	1,16 (2,06)*	1,24 (2,16)*	1,07 (0,62)	1,02 (0,15)	1,16 (0,91)	0,80 (1,14)
Idade	1,02 (3,43)**	1,02 (2,57)*	1,02 (2,15)*	1,02 (3,19)**	1,02 (2,65)**	1,01 (1,75)	1,02 (2,93)**	1,03 (2,54)*	1,02 (1,52)
Arranjo Domiciliar - Sozinho	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)
Arranjo Domiciliar - Conjuge Apenas	1,37 (2,95)**	1,61 (3,22)**	1,10 (0,60)	1,31 (2,56)*	1,51 (2,77)**	1,08 (0,46)	1,16 (0,76)	1,25 (0,92)	0,92 (0,27)
Arranjo Domiciliar - Conjuge + Filhos	1,20 (1,61)	1,42 (2,26)*	0,96 (0,26)	1,16 (1,31)	1,34 (1,86)	0,95 (0,30)	0,72 (1,68)	0,82 (0,82)	0,55 (1,92)
Arranjo Domiciliar -Filhos Apenas	1,16 (0,95)	0,98 (0,08)	1,09 (0,44)	1,16 (0,94)	1,00 (0,00)	1,10 (0,48)	0,78 (0,87)	0,69 (0,68)	0,74 (0,85)
Arranjo Domiciliar -Outros	1,40 (3,09)**	1,65 (3,12)**	1,18 (1,09)	1,35 (2,75)**	1,54 (2,65)**	1,18 (1,08)	1,05 (0,24)	1,01 (0,04)	1,02 (0,06)
Anos de estudo -Analfabeto	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)
Anos de estudo - 1 a 4 anos	1,20 (2,40)*	1,49 (3,63)**	0,98 (0,18)	1,22 (2,58)**	1,53 (3,85)**	0,99 (0,14)	1,14 (0,96)	1,34 (1,69)	0,90 (0,49)
Anos de estudo - 5 a 8 anos	1,42 (2,50)*	1,65 (2,55)*	1,26 (1,16)	1,42 (2,46)*	1,63 (2,48)*	1,28 (1,21)	1,21 (0,81)	1,36 (1,05)	1,05 (0,13)
Anos de estudo - 9 a 11 anos	2,56 (5,08)**	3,24 (4,38)**	2,05 (2,84)**	2,70 (5,29)**	3,48 (4,63)**	2,11 (2,88)**	3,29 (3,66)**	5,24 (3,96)**	1,82 (1,26)
Anos de estudo - 12 ou mais	2,58 (3,68)**	4,06 (4,00)**	1,61 (1,28)	2,36 (3,41)**	3,85 (3,84)**	1,41 (0,98)	3,89 (3,17)**	5,89 (3,16)**	2,18 (1,22)
Renda domiciliar per capita - primeiro quintil	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)	1,00 (.)
Renda domiciliar per capita - segundo quintil	0,76 (1,71)	0,99 (0,05)	0,54 (2,41)*	0,77 (1,65)	0,96 (0,21)	0,58 (2,14)*	1,41 (1,45)	1,83 (1,99)*	0,76 (0,72)
Renda domiciliar per capita - terceiro quintil	0,89 (0,77)	1,06 (0,28)	0,68 (1,51)	0,95 (0,32)	1,08 (0,40)	0,78 (0,98)	1,58 (1,94)	1,94 (2,25)*	0,94 (0,14)
Renda domiciliar per capita - quarto quintil	0,92 (0,57)	1,07 (0,34)	0,73 (1,32)	0,96 (0,26)	1,05 (0,28)	0,83 (0,80)	1,57 (2,17)*	2,08 (2,82)**	0,85 (0,46)
Renda domiciliar per capita - quinto quintil	1,18 (1,11)	1,43 (1,82)	0,93 (0,29)	1,20 (1,21)	1,39 (1,67)	1,02 (0,06)	1,66 (2,27)*	2,03 (2,53)*	1,05 (0,12)
Número de doenças crônicas	1,26 (7,99)**	1,30 (5,92)**	1,23 (5,43)**	1,28 (8,41)**	1,33 (6,39)**	1,25 (5,56)**	1,35 (5,17)**	1,43 (4,42)**	1,28 (2,85)**
Estado de saúde auto reportado	0,78 (3,27)**	0,67 (3,82)**	0,91 (0,89)	0,79 (3,21)**	0,70 (3,34)**	0,87 (1,26)	0,76 (2,07)*	0,62 (2,78)**	1,01 (0,04)
Grau de dificuldade de acesso ao centro de saúde	0,58 (3,17)**	0,65 (1,67)	0,52 (2,93)**	0,52 (3,85)**	0,58 (2,11)*	0,46 (3,47)**	0,50 (3,02)**	0,46 (2,38)*	0,49 (2,13)*
Situação Censitária - Urbano	1,38 (3,95)**	1,56 (4,07)**	1,12 (0,88)	1,39 (3,96)**	1,55 (3,96)**	1,14 (1,01)	1,59 (3,51)**	1,62 (2,95)**	1,42 (1,53)
Sexo	0,57 (7,87)**			0,57 (7,66)**			0,52 (5,27)**		
Observations	8.083	3.649	4.434	8.082	3.646	4.436	8.167	3.688	4.479

Fonte: Elaboração Própria/ Dados da PAD 2011

Pelos dados apresentados pode-se perceber que para todos os exames que há um diferencial entre os sexos. Para todos os exames a mulher tem praticamente quase o dobro de chance de realizá-los se comparado com os homens. Os resultados encontrados corroboram com os encontrados por Travassos et. al (2002) e Costa (2012), que analisaram a utilização de serviços de saúde no Brasil, apresentando que as mulheres frequentam mais os serviços de saúde preventivos, principalmente os exames de rotina, enquanto os homens não apresentam essa preocupação. Verbrugge (1989) também encontrou esse mesmo resultado para os idosos no Estado Unidos, no que tangem a utilização de serviços preventivos.

Outro fator significativo na utilização de serviços preventivos de saúde independente do sexo é o número de doenças crônicas adquiridas, quanto mais, maior a chance de realizar exames preventivos de saúde. Ao se analisar os sexos separadamente, se percebe que a idade, o setor censitário, o nível de escolaridade, o estado de saúde auto reportado são fatores diferenciais no que tange a realização de exames preventivos de saúde para os homens, enquanto que para as mulheres essa característica pouco influência. Assim, idosos homens, mais velhos, residente da área urbana, com nível de escolaridade mais avançado e com saúde auto reportado pior são aqueles que mais utilizam serviço de saúde.

Ao se analisar as variáveis de interesse do presente estudo, se percebe que o exame de pressão arterial não sofre influência nem da visita do Agente Comunitário de Saúde, nem do arranjo domiciliar, independente do sexo. Provavelmente esse resultado advém do fato de esse exame ser um exame simples, de fácil compreensão que pode ser realizado em casa. Qualquer pessoa que tenha o aparelho de pressão na residência pode manuseá-lo e aferir a pressão, o que não se pode garantir é que a pressão foi aferida de maneira correta. Assim, a limitação dessa variável para fins de realização do exame é de que nem sempre o exame foi realizado corretamente.

Quando se analisa a influência da visita do ACS e do arranjo domiciliar percebe-se que para os exames de colesterol e glicose, ele apenas é significativo para os homens. As realizações desses exames preventivos pelas mulheres não foram significativas provavelmente pelo fato de essas já realizarem exames preventivos desde mais novas, e pelo fato de se preocuparem mais com a própria saúde do que os homens. De acordo com os dados percebe-se que para os dois exames a probabilidade de realizá-los aumenta de maneira significativa. Em relação ao arranjo domiciliar se percebe que a presença do cônjuge é essencial, enquanto que a presença

dos filhos pouco altera influência. A presença apenas dos filhos no arranjo domiciliar não aumenta em praticamente nada a probabilidade de se fazer esses dois exames preventivos, enquanto que a presença do apenas do cônjuge ou a presença de outro tipo de arranjo não identificado aumenta a probabilidade de se realizar os exames. A presença dos filhos junto aos pais (idoso + cônjuge) reflete em uma diminuição da probabilidade de se realizar esses exames se comparado com a presença única do cônjuge, enquanto aumenta se a presença apenas dos filhos ou sozinho. Assim, os idosos homens que recebem a visita do ACS tem maior chance de realizar os exames de colesterol e glicose. Aqueles idosos que vivem com cônjuge ou com outro tipo de arranjo domiciliar não especificado – provavelmente com enfermeiros, também tem maior chance de realizar esses exames.

5 CONCLUSÕES

A partir do apresentado nesse trabalho, pode-se concluir que a prevenção e a detecção precoce de agravos são o foco preferencial da saúde pública, mas que o acesso a serviços de diagnóstico e tratamento são frutos de uma escolha individual. Ao se analisar isso da perspectiva da população idosa, se percebe que é necessário reestruturação dos modelos e métodos de atenção, privilegiando não só o atendimento e a reabilitação, mas a instituição de políticas preventivas que interfiram diretamente nos fatores de risco e no acesso ao atendimento adequado, e possam prevenir os agravos e a perda de funcionalidade, melhorando assim a qualidade de vida.

Apresentando a necessidade de se focar em serviços preventivos de saúde, o trabalho buscou analisar como a sociedade busca atender as necessidades dessa parcela população no que tangem a esses cuidados. Nesse sentido, se buscou analisar como o Estado, por meio do Programa Saúde da Família (PSF), e as famílias, por meio do arranjo domiciliar, podem ou não atender essa parcela da população quando elas necessitam desse serviço. Percebeu-se que a visita dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), via PSF, e uma boa estrutura familiar são essenciais para que os idosos usufruam desse tipo de serviço.

Com base nesse referencial foi analisado como o papel do PSF e do arranjo domiciliar influenciam na utilização dos serviços preventivos de saúde pelos idosos em Minas Gerais. Para isso utilizou-se dos dados disponíveis na Pesquisa de Amostra de Domicílios (PAD) 2011, observando o grau de realização dos exames de colesterol, glicose e pressão arterial feito pelos idosos de acordo com o arranjo domiciliar e a presença e ausência da visita do

ACS. Entretanto, se percebeu que a população idosa não é um grupo homogêneo, e que características como idade, sexo, plano de saúde, renda, escolaridade, setor censitário, entre outros podem influenciar na utilização desses serviços, fazendo com que esses fatores fossem incluídos como mecanismos de controle para aferição dessa influência.

Os resultados demonstraram que o arranjo domiciliar e a presença do PSF influenciam a utilização de serviços preventivos de saúde. Para dois dos três exames (colesterol e glicose), e que fatores sexo, plano de saúde e setor censitário também influenciam na realização desses exames. Dessa maneira, os resultados apresentados demonstraram que a visita do ACS influencia de maneira positiva e significativa a utilização de serviços preventivos de saúde pelos idosos homens. Pode se colocar os ACS, quanto responsáveis pelas visitas do Programa Saúde da Família, que tem como base a atenção primária (que inclui o cuidado preventivo) estão exercendo o seu papel. Esses resultados também corroboram com os estudos qualitativos já apresentados durante esse trabalho. Além disso, se pode considerar que a presença do cônjuge no domicílio aumenta a probabilidade do idoso homem de realizar os exames preventivos apresentados, enquanto a presença dos filhos não importa, ou até mesmo minimiza a realização desses quando há o cônjuge. Esse resultado corrobora para o já encontrado por Costa (2012), que identifica que o cônjuge incentiva o seu parceiro a realizar os exames preventivos, enquanto que os filhos não se importam com esse tipo de cuidado preventivo, tendo maior atenção nos cuidados curativos.

6 Referências

ANDRADE, M. V. et. al (2012) Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. Anais do Encontro de Economia Mineira de 2012. 28 a 30 de Agosto de 2012, Diamantina.

AYENDEZ, M.S. El apoyo social informal. In: Elías Anzola-Peréz et al. (Org.). La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa. Washington (D.C): OPS, 1994. p. 360-368.

BERENSTEIN, C.K.; WAJNMAN, S. Efeitos da Estrutura Etária nos gastos com internação na saúde pública: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10):2301- 2313, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, Secr. de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006. (Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, n. 19)

BRASIL, M.S. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2005/2006. 2 ed. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 733-781, 2003.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão, n. 858, Rio de Janeiro, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia (org). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARGOS, M,C,S; RODRIGUES, R, N. Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16, 2008. Caxambu. Anais. Caxambu: ABEP, 2008.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.725-733, jun., 2003.

CESCHINI, M. Porque assistência domiciliar. In: DIAS, E. L. F.; WANDERLEY, J. S.; MENDES R.T. (Orgs). Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar. Campinas: UNICAMP, 2002. p.11-16.

COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. Revista de Saúde Pública, v. 34, p. 666-71, 2000.

CORRÊA, C, S. Famílias e cuidado dedicado ao idoso: Como o tamanho e a estrutura da rede de apoio influenciam o tempo individual dedicado à atenção ao idoso. 2010. 135f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

COSTA, Elisa Franco de Assis; PORTO, Celmo Celso; SOARES, Aline Thomaz. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de Geriatria e Gerontologia. Revista da UFMG. Órgão de divulgação da Universidade Federal de Goiás – Ano V, nº 02, dezembro de 2003.

COSTA, Roberta Stancioli Marinho. Arranjos domiciliares e a utilização de serviços de saúde dos idosos brasileiros. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional: Faculdade de Ciências Econômicas, UFMG. 2012.

DE VOS & HOLDEN, K. Measures Comparing Living Arrangements of the elderly: An Assessment. *Population and Development Review*. v.14, n.4, p.689-704. 1988.

DOMINGUES, M.A. Mapa mínimo de relações: instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso. 2004. 126 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press, 1973.

DOWD, J. Exchange rates and old people. *J Gerontol.*, v. 35, n. 4, p. 596-602, July, 1980.

DUARTE, Y., A., O., LEBRÃO, M., L., LIMA F., D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*. v.17, n.5/6, p. 370-8. 2005.

FERNANDES, L. C.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, 2009. p. 595-403.

MINAS GERAIS. FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Pesquisa de Amostra de Domicílios (PAD) 2011.

GOLDBAUM, M; GIANINI, R J; NOVAES, H M D; CESAR, C L G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. Rev. Saúde Pública [online]. 2005, vol.39, n.1. pp 90-99

GORDILHO, A et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso / Rio de Janeiro : UnATI, 2000. 92p. – (Envelhecimento humano)

HULKA BS & WHEAT JR 1985. Patterns of utilization: the patient perspective. New England Journal of Medicine 23(5):438-460.1985

KARSCH, U.M.S. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 861-866, 2003.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde e bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.8, n.2, p. 127-41, 2005.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. In: LLOYD-SHERLOCK, P. (org). Living longer: ageing, development and social protection. London/New York: United Nations Research Institute for social development/ Zed Books, 2004.

MEIRELES, Viviani Camboin et al. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.69-80, jan-abr 2007.

MENDES JÚNIOR, W. V. Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil? 2000. 97 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

NICHOLS, E. (1998) “La necesidad de contar com normas” In: Organización Panamericana de la Salud Prevención Clínica: guía para médicos. Washington, D.C.: OPS Publicación científica n n. 568. 37 – 54.

OJANUGA, Dn & GILBERT, C 1992. Women’s access to health care in developing countries. Social Science and Medicine 35(4):613-617.1992

OLSHANSKY, S. J., M. A. Rudberg, B. A. Carnes, C. K. Cassel, and J. A. Brody. 1991. "Trading off longerlife for worseninghealth: The expansionofmorbidityhypothesis," *JournalofAgingand Health* 3: 194–216.

PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L.; AFRADIQUE, M. E.; LIMA-COSTA, M. F. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 13, p. 239-246, 2004.

PORTO ALEGRE. Saúde. Serviços de Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Saúde da Família: Avanços e Retrocessos. 2008.

PUENTES-MARKIDES, C 1992.Women and access to health care. *Social Science and Medicine* 35(4): 619-626.

RAMOS LR, Veras, RP, Kalache, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública* 1987;21:211-224.

RAMOS, LUIZ R. Family support for theelderly in LatinAmerica: the role ofthemultigenerationalhousehold. *Proceedingsofthe United NationsInternationalConferenceonAgeingPopulations in theContextofthe Family*, Kitakyushu, Japan, 15-19 October 1994. United Nationspublication, Sales No. E.94.XIII.4, pp. 66-72.

REIS, Cristiano Sathler dos. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para todas as regiões do país entre 2000 e 2010. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional: Faculdade de Ciências Econômicas, UFMG. 2013.

SAAD, P. Living arrangementsoftheelderly in NortheastandSoutheast/ Brazil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996, Caxambu, MG. Anais do 10º Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu: ABEP, 1996

SAAD, P.M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: Camarano AA (org). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 251-80.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan - Americana da Saúde, 2003. Capítulo 10, p. 201-224.

SAAD, P. M. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: Camarano A.A. (org). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro, IPEA, 2004; p. 169-209.

SEADE (org). A população idosa e o apoio familiar. São Paulo: SEADE, 1991. p.11-26. (Série Informe demográfico n. 24).

SILVA, M.J.; BESSA, M.E.P.; OLIVEIRA, A.M.C. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em área periférica de uma metrópole. Cienc. enferm, vol.10, no.1, p.31-39, jun. 2004.

SILVESTRE, J.Á.; NETO, M.M.C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.19, v.3, p. 839-847, 2003.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

SAWYER, O. D; LEITE, I. C; ALEXANDRINO, R. Perfis de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ciência & saúde Coletiva,7(4):757 –776. 2002

TRAVASSOS, C; VIACAVA, F; PINHEIRO, R; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Rev PanamSaludPública, 11(5-6):365-73, 2002.

VERAS, R. P. 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. Cadernos de Saúde Pública. v. 19, p. 705-715, 2003.

VERBRUGGE LM. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. J Health SocBehav. 1989;30(3):282-304.

WENNBERG JE. On patient need, equity, supplier- induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. *Medical Care* 23(5): 512-520, May. 1985

WILMOTH, J. Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. *Sociologias*. Porto Alegre. v. 4, n. 7, p. 136-155. , jan/jun 2002.

WOROBAY, J.; ANGEL, R. Functional capacity and living arrangements of unmarried elderly persons. *J Gerontol*, v. 45, n. 3, p. 95-101, maio, 1990.

YAZAKI, L.M. et al. Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. In: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados