

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE IDOSOS SEGUNDO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM UBERABA - MG

Flavia Aparecida Dias Marmo

Docente do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), Brasil.

Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), Brasil.

Ricardo Vicente Ferreira

Docente do Departamento de Geografia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), Brasil.

Juliana Maciel Oliveira

Enfermeira, Mestre. mestre. Atua na Prefeitura Municipal de Uberaba (MG), Brasil.

Darlene Mara dos Santos Tavares

Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), Brasil.

Autor correspondente:

Darlene Mara dos Santos Tavares
E-mail: darlene.tavares@uftm.edu.br

Recebido em: 25/10/2019
Aceito em: 24/06/2020

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo verificar a relação espacial do acesso com a distância dos serviços de saúde no município, considerando o número de morbidades e a renda. Trata-se de inquérito domiciliar transversal realizado com 680 idosos comunitários de Uberaba-MG. Foi construído um banco de dados eletrônico no programa Excel e utilizados: instrumento para caracterização sociodemográfica e morbidades; Miniexame do Estado Mental (MEEM); e acesso aos serviços de saúde. Procederam-se às análises descritivas por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. A análise espacial foi feita no software *ArcGIS* 10.6. A busca pelo posto de saúde ocorre preferencialmente por homens (23,4%); idade de 60 70 anos (27,1%); e separados (38,4%); e a busca por consultório particular é predominante em mulheres (29,4%); idosos mais velhos (32,2%); e sem companheiro (36,2%). Não houve correlação espacial entre a distância e o número de morbidades e a renda de idosos. Conclui-se que há necessidade de repensar o acesso dessa população aos serviços de saúde públicos, considerando as áreas menos favorecidas dada a distância dos pontos de atenção à saúde e residência dos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso universal a serviços de saúde; Demografia; Enfermagem geriátrica; Idoso.

SPATIAL DISTRIBUTION OF ELDERLY ACCORDING TO ACCESS TO HEALTH CARE IN UBERABA, STATE OF MINAS GERAIS

ABSTRACT: This study aimed to analyze the spatial relationship between access to and distance from health services in the municipality, considering the number of morbidities and income. This was a cross-sectional household survey with 680 elderly community members from Uberaba, State of Minas Gerais. An electronic database was built using the Excel software. Instrument for sociodemographic characterization and morbidities, Mini Mental State Examination, and access to health services were used. Descriptive analyses were performed using the GNU PSPP Statistical Analysis Software (PSPP). For spatial analysis, the analyses were performed using ArcGIS 10.6 software. The search for the health unit occurs preferentially by men (23.4%); 60 70 years (27.1%); and separated (38.4%). The search for private practice predominated in women (29.4%); older elderly (32.2%); and without a partner (36.2%). There was no spatial correlation between distance and the number of morbidities and the income of the elderly. It was concluded that there is a need to rethink the access of this population to public health services, considering the less favored areas given the distance from the health units and residence of the elderly.

KEY WORDS: Elderly; Demography; Geriatric nursing; Universal access to health services.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento confere mudanças nas demandas por serviços de saúde, e sua utilização está relacionada a fatores individuais e estruturais dos serviços oferecidos e ao ambiente social em que o idoso está inserido¹. Desse modo, promover meios para que essas pessoas tenham acesso ao sistema de saúde e o utilizem permitirá à equipe de saúde intervir e acompanhar as necessidades desse grupo populacional².

O acesso aos serviços de saúde é multidimensional e está associado a fatores que vão além da acessibilidade organizacional, pois considera também estratégias, recursos, autonomia, participação popular, controle social, equidade e serviços voltados às necessidades e realidades das populações³.

Destaca-se que problemas de acesso e uso dos serviços de saúde entre idosos variam em maior ou menor grau de acordo com o país e com o tipo de serviço utilizado⁴. Estudo de base populacional realizado em Pelotas-RS evidenciou que a falta de acesso e o tempo na fila de espera foram maiores entre os indivíduos com piores condições socioeconômicas⁵.

A configuração geográfica dos sistemas de cuidados de saúde é fundamental para facilitar a acessibilidade, promovendo o uso eficiente de recursos. Equilibrar objetivos conflitantes como acessibilidade, dimensão geográfica e planejamento da rede clínica é importante para qualquer tipo de atendimento⁶. Nesse sentido, os Sistemas de Informação Geográfica constituem uma ferramenta essencial para o planejamento de serviços de saúde a um nível populacional que pode ser usado para melhorar o acesso à atenção primária para grupos de pessoas mal atendidos⁷.

Acerca da relação entre acesso e localização dos serviços de saúde, pesquisa no Irã revelou que, durante um período de 15 anos, a proporção da população com acesso geográfico inadequado aos centros de saúde aumentou de 47,3% para 58,4%. Evidencia-se que a organização espacial e o padrão de investimento de capital em cuidados de saúde devem ser ajustados para atender às necessidades da população⁸.

No Sudão, investigação indicou que a acessibilidade espacial aos serviços de saúde permanece muito baixa, com cerca de 71% da população residente em áreas equivalentes a uma hora de distância de um centro de saúde público. Isso se deve principalmente à distribuição inadequada das instalações de saúde e à inoperabilidade de alguns centros de saúde⁹. Em Portugal, observou-se que indivíduos que residem próximos de centros de saúde

primários apresentaram menor utilização dos serviços de urgência¹⁰.

No que concerne à pesquisa com idosos, inquérito desenvolvido na Austrália mostrou que existem ligações entre a acessibilidade de alguns serviços e a distribuição da população idosa. A distribuição de pessoas com 75 anos ou mais é mais bem explicada pelo acesso aos serviços do que dados socioeconômicos, migração ou relacionados à habitação¹¹.

Evidencia-se a possível relação do acesso com a localização espacial dos serviços de saúde, bem como a escassez de estudos nacionais na perspectiva geográfica de acesso dos idosos. Assim, questiona-se se há relação espacial entre a distância dos serviços de saúde e o acesso a eles no Brasil. Considera-se importante compreender a localização e as características dos lugares onde as pessoas procuram por cuidados à saúde. O comportamento local de busca desses serviços é relevante para o planejamento e a avaliação, a alocação de recursos e a formulação de políticas públicas^{7,12}.

No entanto, as pesquisas sobre a temática são incipientes¹¹, emergindo uma lacuna neste tema. Pretende-se, assim, contribuir para ampliar a discussão a respeito do assunto, favorecendo a reflexão acerca da relação entre acesso aos serviços de saúde e distribuição espacial dos idosos. Esse debate pode propiciar o desenvolvimento de ações que promovam melhorias no atendimento nos serviços de saúde considerando o envelhecimento populacional.

Nesse sentido, tem-se como objetivo deste estudo verificar a existência de relação espacial do acesso com a distância dos serviços de saúde no município, levando-se em conta o número de morbidades e a renda.

MÉTODOS

O estudo integra um projeto maior intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)”. Ao todo, foram entrevistados 823 idosos, dos quais 808 realizaram a entrevista completa, e 15 apresentaram declínio cognitivo.

O local de estudo foi a área urbana de Uberaba, município polo da macrorregião Triângulo Sul em Minas Gerais, composta por 27 cidades. A população estimada da cidade é de 333.783 habitantes (dados de 2019)¹³, área territorial de 4.523,957 km² e densidade demográfica de 65,43 hab./km². De acordo com dados estimados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), advindos de sinopse do último Censo no ano de 2010,

são 36.703 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa 12,5% da população total¹³.

Para o cálculo do tamanho amostral, utilizou-se prevalência de incapacidade funcional nas AIVD de 28,8%, considerando outros estudos com idosos na comunidade (10%)¹⁴ (28,8%)¹⁵, com precisão de 1,5% e intervalo de confiança de 95% para uma população finita de 36.703 (número total de idosos urbanos em Uberaba), chegando-se a uma amostra de 808 idosos. Levando-se em conta uma perda de amostragem de 20,0%, o número máximo de tentativas foi de 970 idosos. Foram entrevistados 823 idosos no total, porém os que referiram utilizar o mesmo serviço de saúde somaram 680, os quais compuseram a amostra deste estudo.

Para seleção da população da área urbana, foi utilizada a amostragem por conglomerado em múltiplo estágio (dois estágios) – os conglomerados referem-se à divisão do município em setores censitários. Para a amostragem dos idosos, considerou-se, no primeiro estágio, o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários do município por meio de seleção sistemática, organizando uma listagem única dos setores, mas identificando o bairro a que pertencem. O intervalo amostral (IA) foi calculado por meio da fórmula $IA = Ncs/ncs$, em que Ncs é o número total de setores censitários, e ncs, o número de setores censitários sorteados (aproximadamente dois). O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente, e os demais, conforme o IA.

No segundo estágio, a quantidade de domicílios deu-se pelo número de idosos da amostra calculado anteriormente ($n = 808$). Em seguida, essa quantidade de domicílios foi dividida pelo número de setores censitários sorteados (202 setores), de tal forma que se alcançou uma quantidade semelhante dentro de cada setor censitário (aproximadamente quatro idosos por setor). Por último, dentro de cada setor censitário selecionaram-se o primeiro domicílio e os demais, de domicílio em domicílio, em sentido padronizado, até saturar a amostra daquele setor.

A coleta dos dados foi realizada no domicílio dos idosos no período de junho de 2017 a junho de 2018 por meio de entrevista direta conduzida por dez profissionais com experiência prévia nessa atividade, os quais foram treinados quanto ao preenchimento dos instrumentos e a forma de abordar os participantes do estudo. Eles também anotaram as intercorrências (ausências, recusas e outras) em planilha de campo. Reuniões sistemáticas ocorreram entre os pesquisadores e os entrevistadores para treinamento, acompanhamento e orientações referentes à tarefa.

Foram selecionados supervisores, que conferiram cada entrevista a fim de verificar o preenchimento e a consistência dos itens, garantindo o controle de qualidade. Os pesquisadores também promoveram encontros sistemáticos com esse grupo para treinamento, acompanhamento e orientações.

Os critérios de inclusão considerados foram: ter 60 anos ou mais de idade e residir na zona urbana de Uberaba (MG). Foram excluídos os idosos hospitalizados e/ou institucionalizados; com problemas de comunicação como surdez, não corrigida por aparelhos, e transtornos graves da fala; com declínio cognitivo, avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), seguindo os seguintes pontos de corte: ≤ 13 para analfabetos, ≤ 18 para escolaridade média (de um a 11 anos) e ≤ 26 para alta escolaridade (superior a 11 anos)¹⁶, sem informante para responder ao Questionário de Atividades Funcionais (PFEFFER) e escore final ≥ 6 pontos¹⁷.

Os instrumentos utilizados foram: Miniexame de Estado Mental (MEEM) para a avaliação cognitiva, traduzido e validado no Brasil¹⁶; caracterização dos dados sociodemográficos e morbidades construído pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFTM; e acesso aos serviços de saúde avaliado por meio de cinco questões da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)¹⁸.

As variáveis de estudo foram: socioeconômicas: sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, arranjo de moradia, renda individual em salários mínimo; número de morbidades; *Acesso*: procura do mesmo local de atendimento à saúde, local de procura para atendimento de saúde, consulta médica nos últimos 12 meses, utilização de medicamentos de uso contínuo, consulta ao dentista.

As entrevistas foram realizadas por meio de instrumentos impressos, e conforme realizadas, eram entregues aos supervisores, que cuidaram das revisões. Quando necessário, foram devolvidas para que o entrevistador complementasse as informações. Após essa etapa, os dados foram consolidados, e, para tal, foi construído um banco de dados eletrônico no programa Excel[®] e depois importado para o *software GNU PSPP Statistical Analysis Software (PSPP)* versão 1.0.1 para análise. Procedeu-se à análise estatística por meio de distribuição de frequências absolutas e percentuais.

Para análise espacial, a carta planialtimétrica da área urbana de Uberaba foi usada como mapa-base com vistas à definição e localização dos eventos. Todos os produtos gerados foram ajustados ao mesmo *datum horizontal*, SIRGAS 2000, e as coordenadas em UTM. O método utilizado foi o *Service Area* (áreas de serviço), o

qual considera uma rede, no caso, a de logradouros da cidade, e analisa distâncias ou tempo de viagem com base em uma área de cobertura (*service area*).

As áreas de serviço são concêntricas ao ponto de interesse (no caso, os postos de saúde) e irregulares, pois seguem a forma e o comprimento das vias de circulação (ruas, avenidas) para calcular a distância que o indivíduo tem que percorrer até o ponto central (posto de saúde). Ao se aplicarem cores temáticas às áreas de serviço, ficam destacadas as distâncias até os postos de saúde: nos mapas, as cores quentes (vermelho, laranja e amarelo) indicam áreas com maior acessibilidade – *hot spots* –, e as frias (tons de verde-claro a verde-escuro), menor acessibilidade.

O estudo utilizou as camadas geoespaciais: rede de logradouros da cidade, obtido no projeto *OpenStreetMap* (<https://www.openstreetmap.org>); Unidade de Planejamento e Gestão da Prefeitura Municipal de Uberaba (Secretaria de Planejamento e Gestão); pontos das Unidades de Atenção Básica; e pontos das residências dos idosos com especificação de localização, renda e morbidades.

As análises foram realizadas no *software ArcGIS* 10.6, aplicação da extensão *Network Analyst* para análise da área de serviço (*Service Area*). Aplicou-se a faixas de 300 metros de cobertura até o limiar máximo para que 100% dos idosos da pesquisa fossem abrangidos dentro da área de serviço de acordo com o tipo de atenção (primária, secundária ou terciária). Assim, no caso da atenção primária, o limiar máximo foi atingido com faixas variando de 300 m em 300 m até o limiar de 1.800 m; na atenção secundária, se alcançou o limiar máximo com faixas que variaram de 300 m em 300 m até o limiar de 5.100 m; por fim, na atenção terciária, o limiar máximo foi atingido com faixas que variaram de 300 m em 300 m até o limiar de 7.200 m.

Foi solicitado adendo ao projeto com parecer nº 2.053.520, que está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Os sujeitos da pesquisa foram contactados em seus domicílios, e a eles apresentados os objetivos do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como oferecidas informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e a assinatura do referido termo, foi conduzida a entrevista.

RESULTADOS

Do total de idosos que referiram procurar o mesmo serviço de saúde quando necessitam (84,2%), o

maior percentual informou que busca consultório particular (27,2%), seguido por posto de saúde associado a outro local (24,3%) e apenas o posto de saúde (21,2%). Referente a consulta médica nos últimos 12 meses, 88,4% disseram ter realizado por até três vezes (53,8%) e de quatro a seis vezes (28,4%). A maioria respondeu que utiliza medicação de uso contínuo (90,9%), tendo-a recebido gratuitamente (43,6%); porém, 31,7% não haviam conseguido gratuidade em nenhum medicamento.

Prevaleram aqueles que afirmaram ter ido ao dentista havia três anos ou mais (58,9%), seguido por outros que recorreram a esse serviço havia menos de um ano (21,0%) – entre estes, a maioria referiu que o atendimento odontológico não foi coberto por plano de saúde (82,4%); 79,4% pagaram pelo serviço.

A busca pelo posto de saúde ocorreu preferencialmente por homens; 60 | 70 anos; separados; com menor escolaridade; renda inferior a um salário mínimo; e que residiam sozinhos. Já no caso do consultório particular, foi predominante entre as mulheres; idosos mais velhos; sem e com companheiro e viúvos; maior escolaridade; que residiam sozinhos, com cuidador, com cônjuge e com outros de sua geração; sem renda e aqueles com maior renda. Destaca-se ainda a busca pelo posto de saúde/outros serviços entre aqueles com menor escolaridade, que residiam com filhos e com os netos; renda de um salário mínimo. Esse conjunto de informações está detalhado na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos idosos entrevistados segundo local de busca pelos serviços de saúde

Variáveis	Posto/ centro de saúde N (%)	Consultório particular N (%)	Ambulatório N (%)	Posto/ centro de saúde e outros locais N (%)	Consultório particular e outros locais N (%)	Outros N (%)
Sexo						
Masculino	54 (23,4)	53 (22,9)	17 (7,4)	48 (20,8)	13 (5,6)	46 (19,9)
Feminino	93 (20,7)	132 (29,4)	32 (7,1)	117 (26,1)	30 (6,7)	45 (10,0)
Faixa etária (em anos)						
60 70 anos	66 (27,1)	56 (22,9)	14 (5,7)	55 (22,5)	16 (6,6)	37 (15,2)
70 80 anos	52 (18,3)	80 (28,2)	25 (8,8)	74 (26,1)	14 (4,9)	39 (13,7)
> 80 anos	29 (19,1)	49 (32,2)	10 (6,6)	36 (23,7)	13 (8,6)	15 (9,9)
Estado conjugal						
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	14 (29,8)	17 (36,2)	1 (2,1)	8 (17,0)	4 (8,5)	3 (6,4)
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	51 (17,6)	78 (26,9)	22 (7,6)	71 (24,5)	22 (7,6)	46 (15,9)
Viúvo(a)	54 (20)	80 (29,6)	20 (7,4)	69 (25,6)	16 (5,9)	31 (11,5)
Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)	28 (38,4)	10 (13,7)	6 (8,2)	17 (23,3)	1 (1,37)	11 (15,1)
Escolaridade (anos de estudo)						
0	29 (25,4)	13 (11,4)	8 (7,0)	41 (35,9)	2 (1,8)	21 (18,4)
1 4 anos	35 (24,1)	32 (22,1)	9 (6,2)	41 (28,3)	10 (6,9)	18 (12,4)
4 8 anos	66 (24,7)	61 (22,9)	24 (8,9)	66 (24,7)	15 (5,6)	35 (13,1)
8 anos	8 (17,4)	19 (41,3)	2 (4,35)	6 (13,0)	7 (15,2)	4 (8,7)
> 9 anos	9 (8,3)	60 (55,6)	6 (5,6)	11 (10,2)	9 (8,3)	13 (12,0)
Arranjo de moradia						
Sozinho	35 (29,7)	36 (30,5)	7 (5,9)	23 (19,5)	5 (4,24)	12 (10,17)
Com cuidador	1 (25,0)	3 (75,0)	-	-	-	-
Com o cônjuge	52 (17,9)	78 (26,9)	22 (7,6)	69 (23,9)	22 (7,6)	46 (15,9)
Com outros de sua geração	5 (17,9)	10 (35,7)	1 (3,6)	5 (17,9)	3 (10,7)	4 (14,3)
Com filhos	49 (24,8)	46 (23,2)	14 (7,1)	57 (28,8)	9 (4,6)	23 (11,6)
Com netos	4 (16,7)	5 (20,8)	4 (16,7)	7 (29,2)	2 (8,3)	2 (8,3)
Outras pessoas	1 (5,6)	7 (38,9)	1 (5,6)	4 (22,2)	2 (11,1)	3 (16,7)
Renda (em salários mínimos)						
0	12 (24)	18 (36)	4 (8)	9 (18)	4 (8)	3 (6)
< 1	5 (45,5)	-	-	4 (36,4)	-	2 (18,2)
1	73 (22,6)	64 (19,8)	29 (8,9)	95 (29,4)	18 (5,6)	44 (13,6)
1 3	55 (21,5)	78 (30,5)	15 (5,9)	54 (21,1)	17 (6,6)	37 (14,5)
3 5	1 (3,9)	16 (61,5)	1 (3,6)	2 (7,7)	4 (15,4)	2 (7,7)
> 5	1 (7,1)	9 (64,3)	-	1 (7,1)	-	3 (21,4)

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto à análise espacial, não houve correlação entre a distância com o número de morbidades e renda dos idosos, mas foi possível verificar que muitos necessitam percorrer uma longa distância para alcançar um posto de saúde. Além disso, observou-se que na atenção primária o menor acesso está nas regiões centrais do município (Figura

1A e 1B); já na secundária e terciária, ele encontra-se nas áreas periféricas (Figura 1C, 1D, 1E e 1F).

No entanto, o padrão é aleatório; idosos com muitas doenças não moram necessariamente distantes dos postos de saúde, vice-versa; o mesmo se aplica à renda.

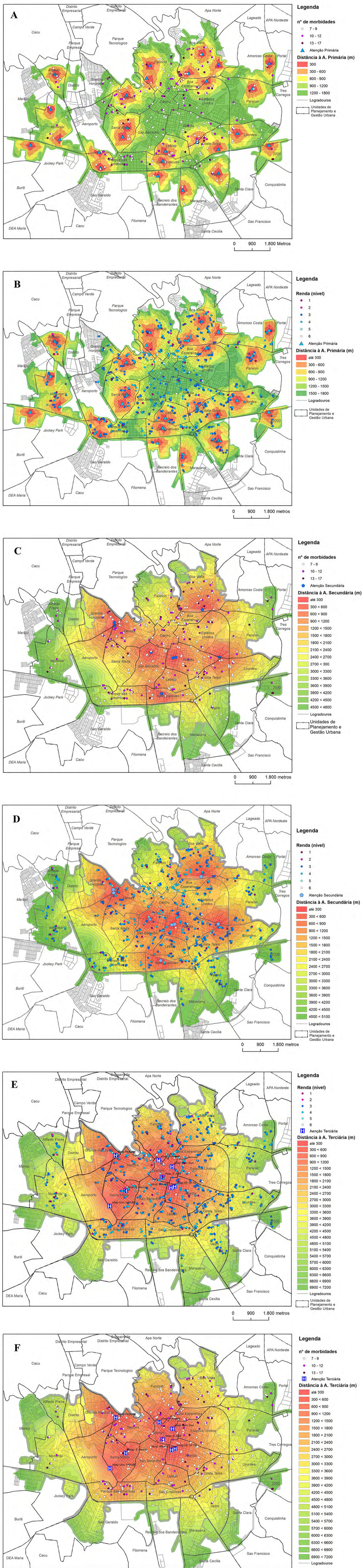


Figura 1. Distribuição espacial da relação entre a distância e o número de morbidades e a renda de idosos segundo nível de atenção à saúde: primária (A, B), secundária (C, D) e terciária (E, F)

DISCUSSÃO

Este estudo revelou que maior percentual dos idosos referiu buscar consultório particular, ter realizado consulta médica nos últimos 12 meses, utilizar medicação de uso contínuo e ter ido ao dentista havia três anos ou mais. A busca pelo posto de saúde ocorre preferencialmente por homens; 60-70 anos; separados; com menor escolaridade; com renda inferior a um salário mínimo; e que residem sozinhos. Por sua vez, a busca por consultório particular foi predominante entre as mulheres; idosos mais velhos; sem e com companheiro e viúvos; maior escolaridade; que residiam sozinhos, com cuidador, com cônjuge e com outros de sua geração; sem renda e aqueles com maior renda. Não houve correlação espacial entre a distância com o número de morbidades e com a renda.

No que concerne aos dados socioeconômicos de caracterização da amostra, os resultados deste trabalho se assemelham aos dados da Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílio (PNAD), a qual observou que 34,6% dos idosos faziam uso de consultório particular por meio do plano de saúde e que 80,5% procuram o mesmo serviço quando necessitam¹⁸. Outro estudo realizado com idosos do sul do Brasil evidenciou alta prevalência de atendimento em consultório particular (66%)¹⁹, superior ao presente inquérito. Dados divergentes foram encontrados em pesquisa desenvolvida em Montes Claros (MG), na qual percebeu-se maior percentual de utilização do serviço público de saúde (68,8%), seguido dos idosos que possuem convênio médico (17,5%)²⁰.

Inferese que a procura por consultas particulares identificadas neste estudo está relacionada a maior necessidade dessa população a cuidados em saúde, demandando menor tempo de espera.

Referente a consulta médica nos últimos 12 meses, estudo de base populacional evidenciou que 91,1% dos idosos procuraram atendimento²¹, aspecto condizente com esta pesquisa. Tal fato reforça a necessidade de busca por atendimento que pode não estar sendo suprida pelos serviços de saúde públicos.

Quanto à utilização de medicação de uso contínuo, percentual inferior recebeu a medicação gratuitamente,

conforme dados de pesquisa com base na PNAD (31,1%); 14,0% não tiveram acesso a nenhum medicamento²¹.

Quanto à última visita ao dentista, a maioria referiu ter ido há mais de um ano (73,2%), sendo a consulta particular (73,5%)²², condizente com este estudo. Essa evidência reforça a necessidade de reflexão acerca da saúde bucal dos idosos no município. É relevante que o enfermeiro esteja atento a esse aspecto, considerando seu papel dentro da unidade de saúde primária.

Em estudo de base populacional realizado em Montes Claros (MG), ficou demonstrado que a maioria dos idosos busca serviço privado (62,4%), ao passo que 27,5% recorre ao serviço público²³, o que condiz com esta pesquisa.

Os resultados encontrados nesta investigação, em relação aos dados sociodemográficos e suas distribuições, se assemelham parcialmente àqueles presentes na literatura.

No que concerne à busca por posto de saúde, o predomínio de homens verificado nesta pesquisa é condizente com estudo baseado na PNAD²⁴ e divergente de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em que prevaleceram as mulheres (54,9%)²⁵. No entanto, a maioria vivia com o companheiro, conforme estudo da PNS (55,9%)²⁵, divergente desta investigação. A baixa escolaridade também foi obtida na PNS; 41% referiram ensino fundamental incompleto²⁵.

Quanto à busca por consultório particular, a maior prevalência de mulheres se assemelha aos dados da PNS (59,9%)²⁵ e diverge de estudo baseado na PNAD no qual a maioria delas buscava o posto de saúde (42,4%)²⁴. No estudo da PNS, a maior parte também vivia com companheiro (59,8%) e apresentou maior escolaridade (41,9%)²⁵.

O maior percentual de idosos na faixa etária de 80 anos ou mais que buscam por atendimentos em consultório particular obtido nesta investigação diverge de estudo realizado no interior de São Paulo; entretanto, se assemelha ao predomínio de idosos na faixa etária de 70 a 79 anos (38,1%)²⁶.

Nesta investigação, prevaleceram idosos com renda individual de cinco ou mais salários mínimos que procuravam por atendimentos em consultórios particulares. Esses resultados são condizentes com

estudo que evidenciou que idosos com acesso a consultas particulares pertencem às classes econômicas mais favorecidas²⁶.

No que se refere a maior escolaridade dos idosos que buscam por atendimentos em consultórios particulares, dado semelhante foi observado em estudo no interior de São Paulo, o qual revelou que 52,3% concluíram o ensino médio ou tinham curso superior completo²⁶, e na PNS, que constatou que quanto mais elevada a escolaridade, maior o acesso a consultórios particulares²⁷.

Recente revisão sistemática avaliou os determinantes socioeconômicos relacionados ao acesso de idosos aos serviços de saúde e verificou a presença de desigualdade no acesso a atendimentos médicos em países em desenvolvimento e em alguns desenvolvidos⁴. A compreensão das iniquidades que afetam o acesso aos serviços de saúde pode favorecer o trabalho desenvolvido por equipe multidisciplinar na Estratégia de Saúde da Família e, assim, contribuir para a melhoria do acesso aos serviços públicos de saúde com equidade, resolutividade e universalidade entre idosos.

Quanto à análise espacial, pesquisas têm sido realizadas, como a feita no Irã, cujos resultados foram condizentes com esta investigação para os níveis de atenção secundária e terciária; os moradores de regiões periféricas tinham menor acessibilidade aos serviços de saúde⁸.

Outro estudo no Canadá observou que aqueles que moravam em bairros pobres e mais assistidos em saúde eram mais propensos a ter um médico de família regularmente. A probabilidade de contato com profissionais de cuidados primários foi influenciada tanto por características individuais quanto por elementos do lugar (vizinhança, disponibilidade de serviços de saúde e características dos municípios)²⁸. Infere-se que a possibilidade de maior contato com unidades de atenção à saúde, especialmente primárias, pode favorecer desfechos positivos na saúde do idoso.

Já estudo desenvolvido na Austrália verificou que, apesar de os idosos morarem mais próximos dos serviços de saúde em determinada localidade, o acesso geográfico a um clínico geral foi menor do que em outros centros regionais⁷. Assim como na presente pesquisa,

percebeu-se desigualdade na distribuição dos serviços de saúde, fato que pode impactar o cuidado, dificultando o acompanhamento na saúde dessa população.

O menor acesso à atenção primária nas regiões centrais do município pode estar relacionado à sua expansão por meio da Estratégia Saúde da Família, especialmente nas áreas menos favorecidas pela oferta assistencial pública e privada²⁹. No entanto, investigação realizada na região sudeste brasileira revelou que, entre as principais cidades de Minas Gerais, Juiz de Fora e Uberaba se encontram com média alta de habitantes por estabelecimento de atenção primária, correlacionada com regiões em situação oposta. Esse fato evidencia o não cumprimento, de forma satisfatória, da equidade e adstrição no que tange aos estabelecimentos nesse nível de atenção³⁰.

Quanto à análise socioeconômica, estudo na Austrália sugeriu que os serviços de saúde estavam localizados adequadamente em áreas de maior necessidade⁷. Acredita-se, portanto, que a identificação de lugares mais vulneráveis em saúde pode contribuir para otimização da distribuição desses serviços.

Os Sistemas de Informações Geográficas fornecem um meio de mapear as características da população em relação aos locais de serviço com vistas a auxiliar no desenvolvimento estratégico e na localização de futuros serviços de saúde⁷. À medida que a relação entre espaço e acesso aos serviços de saúde se tornar mais clara, será possível alavancar esse conhecimento em políticas voltadas para a redução de desigualdades nesse acesso²⁸.

Assim, a relação entre a localização dos usuários potenciais e a dos serviços de saúde pode indicar fragilidades no acesso aos sistemas de saúde, podendo provocar dificuldades no atendimento e acompanhamento da situação de saúde do idoso. Uma ação prática decorrente dessa separação espacial é a coordenação da Estratégia Saúde da Família, a qual tem condições detectar populações idosas que poderão ser penalizadas pela distância aos serviços e, assim, coordenar as ações dos agentes de saúde junto a esses pacientes. Esse fato se torna relevante na medida em que pode favorecer a organização e a reflexão a respeito de como os serviços podem atender às necessidades da população.

A análise espacial leva em conta as distâncias até os diferentes níveis da atenção primária, contudo não é possível afirmar que a população do entorno procura pelo serviço de saúde que está mais perto dela. Assim, convém destacar que este estudo considera a distância de acesso potencial ao serviço de saúde mais próximo.

Não foi possível fazer uma avaliação do tempo de viagem até os serviços de saúde. Tal caracterização é significativa para a análise do acesso pelo tempo de viagem e pode dar indicativos para atendimentos de emergência. Todavia, para tal caracterização é necessário dispor de dados sobre os modos de transporte, trânsito e velocidades diretrizes nas vias de circulação.

CONCLUSÃO

Não houve correlação espacial entre a distância e o número de morbidades e a distância e a renda de idosos. Além disso, evidencia-se a necessidade de se repensar o acesso dessa população aos serviços de saúde, especialmente públicos, considerando as áreas nas quais este encontra-se menos favorecido dada a distância dos pontos de atenção à saúde, bem como as características socioeconômicas desse grupo de pessoas.

Infere-se que a oferta de serviços por parte do Sistema Único de Saúde (SUS) não é capaz de abarcar as demandas dos idosos; nesse caso, a utilização do consultório particular pode representar uma estratégia de acesso mais rápido. Dessa forma, é preciso que haja medidas que viabilizem um olhar mais criterioso para as reais necessidades dessa clientela e que possam resultar em políticas públicas integradas e efetivas.

REFERÊNCIAS

- Dellarozza MSG, Pimenta CAM, Lebrão ML, Duarte YA. Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2013; 47(5):914-922.
- Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*. 2015; 18(1):325-339.
- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(11):2865-2875.
- Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini L. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51:50.
- Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2014; 48(6):968-976.
- Jansen JO, Morrison JJ, Wang H, He S, Lawrenson R, Hutchison JD, Campbell MK. Access to specialist care: Optimizing the geographic configuration of trauma systems. *J Trauma Acute Care Surg*. 2015; 79(5):756-65.
- Evans R, Larkins S, Cheffins T, Fleming R, Johnston K, Tennant M. Mapping access to health services as a strategy for planning: access to primary care for older people in regional Queensland. *Australian Journal of Primary Health*. 2017; 23(2):114-122.
- Reshadat S, Saedi S, Zangeneh A, Ghasemi SR, Gilan NR, Karbasi A, Bavandpoor E. Spatial accessibility of the population to urban health centres in Kermanshah, Islamic Republic of Iran: a geographic information systems analysis. *East Mediterr Health J*. 2015; 21(6):389-95.
- Macharia PM, Ouma PO, Gogo EG, Snow RW, Noor AM. Spatial accessibility to basic public health services in South Sudan. *Geospatial Health*. 2017; 12(1):510.
- Vaz S, Ramos P, Santana P. Distance effects on the accessibility to emergency departments in Portugal. *Saude soc*. 2014; 23(4):1154-1161.
- Somenahalli S, Shipton M. Examining the Distribution of the Elderly and Accessibility to Essential Services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013; 104(2):942-951.
- Kirby RS, Delmelle E, Eberth JM. Advances in spatial epidemiology and geographic information systems. *Annals of Epidemiology*. 2017; 27(1):1-9.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE cidades. Brasil. Minas Gerais. Uberaba. [internet] 2019 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberaba/panorama>.
14. Duarte LSS, Dutra CDT, Pires CAA, Assis FSJS, Silva DCB, Costa LS. Análise da capacidade funcional de idosos atendidos pela estratégia saúde da família. *Rev Para Med*. 2012; 26(4):1-7.
15. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(5):796-805.
16. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 1994; 52(1):1-7.
17. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. [internet]. 2007. [acesso em 2018 Jun 20]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008. [internet]. 2008. [acesso em 2015 Dez 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/questpnad2008.pdf>.
19. Confortin SC, Giehl MWC, Schneider IJC, Orsi E. Auto-percepção positiva de saúde em idoso: estudo populacional no sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2015; 31(5):1049-60.
20. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à auto-percepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(11): 3377-3386.
21. Viana KP, Brito AS, Rodrigues CS, Luiz RR. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2015; 49:14.
22. Martins AMEBL, Barreto SM, Santos PE Neto, Sá MAB, Souza JGS, Haikal DS et al. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(7):2239-2253.
23. Martins AMEBL, Souza JGS, Haikal DS, Paula AMB, Ferreira EF, Pordeus IA. Prevalência de autoexame bucal é maior entre idosos assistidos no Sistema Único de Saúde: inquérito domiciliar. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(4):1085-1098.
24. Almeida NA. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. *J Bras Econ Saude*. 2015; 7(1):43-52.
25. Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51(Suppl 1):5s.
26. Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2017; 20(3):374-386.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência Brasil, grandes regiões e unidades da federação. [internet]. 2015. [acesso em 2018 Nov 23]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>.
28. Harrington DW, Wilson K, Bell S, Muhajarine N, Ruthart J. Realizing neighbourhood potential? The role of the availability of health care services on contact with a primary care physician. *Health & Place*. 2012; 18:814–823.
29. Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(4):1055-1064.
30. Braga GB, Marques MAF, Braga BB. Análise da distribuição espacial das estruturas voltadas à atenção primária à saúde do sudeste brasileiro. *Revista Espaço para a Saúde*. 2015; 16(3):14-26.