

## Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática

Ana Paula Santana Coelho Almeida<sup>I,II</sup>, Bruno Pereira Nunes<sup>III</sup>, Suele Manjourany Silva Duro<sup>III</sup>, Luiz Augusto Facchini<sup>IV</sup>

<sup>I</sup> Departamento de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. São Mateus, ES, Brasil

<sup>II</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

<sup>III</sup> Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

<sup>IV</sup> Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar a associação entre características socioeconômicas e acesso ou utilização de serviços de saúde entre idosos.

**MÉTODOS:** Revisão sistemática da literatura. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Lilacs e Web of Science, sem restrição de datas e idiomas, entretanto foram incluídos somente os artigos publicados em português, inglês e espanhol. Foram critérios de inclusão: ter delineamento observacional; possuir os fatores socioeconômicos como variáveis de interesse na análise do acesso ou utilização de serviços de saúde entre idosos; ter amostra representativa da população alvo; fazer ajuste para fatores de confusão; e não apresentar viés de seleção.

**RESULTADOS:** Foram encontrados 5.096 artigos após a exclusão de duplicidades e 36 foram selecionados para a revisão após o processo de leitura e avaliação dos critérios de inclusão. Maior renda e escolaridade estiveram associadas à utilização e acesso a consultas médicas nos países em desenvolvimento e em alguns países desenvolvidos. A mesma associação foi observada nas consultas odontológicas em todos os países. A maioria dos estudos não apresentou associação entre características socioeconômicas e uso de serviços de internação e emergência. Foi identificado maior uso de visita domiciliar em indivíduos de menor renda, com exceção dos Estados Unidos.

**CONCLUSÕES:** Observou-se desigualdade no acesso ou na utilização de serviços de saúde na maior parte dos países, variando em relação ao tipo de serviço utilizado. A ampliação da cobertura de serviços de saúde faz-se necessária para a redução da desigualdade no acesso gerada por iniquidades sociais.

**DESCRITORES:** Idoso. Acesso aos Serviços de Saúde. Fatores Socioeconômicos. Sistemas de Saúde. Desigualdades em Saúde. Revisão.

#### Correspondência:

Ana Paula Santana Coelho Almeida  
Departamento de Ciências da  
Saúde – CEUNES/UFES  
Rodovia BR 101 Norte,  
km 60 Litorâneo  
29932-540 São Mateus, ES, Brasil  
E-mail: apscoelho@gmail.com

**Recebido:** 31 ago 2015

**Aprovado:** 25 out 2015

**Como citar:** Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. Rev Saude Publica. 2017;51:50.

**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



## INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde é um dos principais fatores na análise da qualidade e desempenho dos sistemas de saúde<sup>14,58</sup>. Acesso é um conjunto de dimensões que descrevem o ajuste entre o indivíduo e o sistema de cuidados de saúde, ou seja, intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço<sup>43</sup>. A utilização de serviços de saúde compreende todo contato direto com esses serviços e pode ser compreendida como a evidência de que o acesso foi alcançado<sup>55</sup>. Embora estejam relacionados, acesso e utilização de serviços de saúde não são sinônimos tal como são tratados em grande parte da literatura.

Os idosos estão entre os grupos populacionais que mais utilizam os serviços de saúde<sup>54</sup>. O envelhecimento associa-se à maior prevalência de doenças e incapacidades. Por essa razão, é uma fase da vida na qual a utilização de serviços de saúde tende a aumentar<sup>56</sup>.

Características socioeconômicas podem influenciar nos padrões de utilização de serviços de saúde. Pessoas com melhor condição socioeconômica podem ter maior facilidade em obter cuidado de saúde do que indivíduos mais pobres. Essa desigualdade social no acesso tende a ser maior em países com sistema de saúde privado, no qual as pessoas têm que pagar pela assistência à saúde via planos e seguros ou pagamento direto ao prestador (*out-of-pocket*), do que em países com sistema universal<sup>13</sup>. Nos Estados Unidos, país com sistema de saúde predominantemente privado, idosos pertencentes ao quintil de renda mais alta apresentam chance duas vezes maior de consultar médico comparado aos idosos do menor quintil. Na França, que possui sistema universal, não se observa tal diferença<sup>2</sup>.

A educação também pode exercer importante influência no acesso e utilização de serviços de saúde. Além de forte associação com a renda, pessoas com maior escolaridade tendem a ter maior facilidade em reconhecer uma necessidade de saúde e buscar atendimento<sup>55,57</sup>.

Apesar da tendência de redução das desigualdades sociais com o aumento da idade, essas desigualdades tendem a persistir, mesmo em menor grau, e podem influenciar o acesso aos serviços de saúde entre idosos. Além disso, o valor do contrato de planos e seguros de saúde aumenta conforme a idade, favorecendo o acesso aos idosos mais ricos<sup>24</sup>.

Além das características individuais, as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde são também expressão das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde<sup>35,53,57</sup>.

Este estudo teve como objetivo analisar a associação entre características socioeconômicas e acesso ou utilização de serviços de saúde entre idosos.

## MÉTODOS

Revisão sistemática da literatura com artigos indexados nas bases eletrônicas da U.S. *National Library of Medicine and the National Institutes Health* (PubMed), da Web of Science e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando referências da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

Os descritores empregados para a seleção dos estudos foram escolhidos com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (Mesh terms), e em outros termos relevantes sobre a temática (destacados em itálico): (“schooling attainment” OR “family income” OR “income” OR “Socioeconomic position” OR “*Socioeconomic level*” OR “*Economic level*” OR “*Assets index*” OR “Poverty” OR “*Deprivation*” OR “Schooling” OR “education”) and (“health services accessibility” OR “health services utilization” OR “access to health services”) and (“elderly” OR “*major adults*” OR “*older people*” OR “aged” OR “*older adults*”). Analisou-se também a lista de referência dos estudos selecionados.

As buscas foram realizadas sem restrição de idiomas e data, para conhecer a totalidade dos artigos existentes, entretanto foram incluídos somente os artigos publicados em português, inglês e espanhol, pela familiaridade com a língua. As bases de dados foram consultadas em maio de 2015 e os artigos foram transferidos para o *software* Endnote X 7.2. Os artigos em duplicidade foram excluídos.

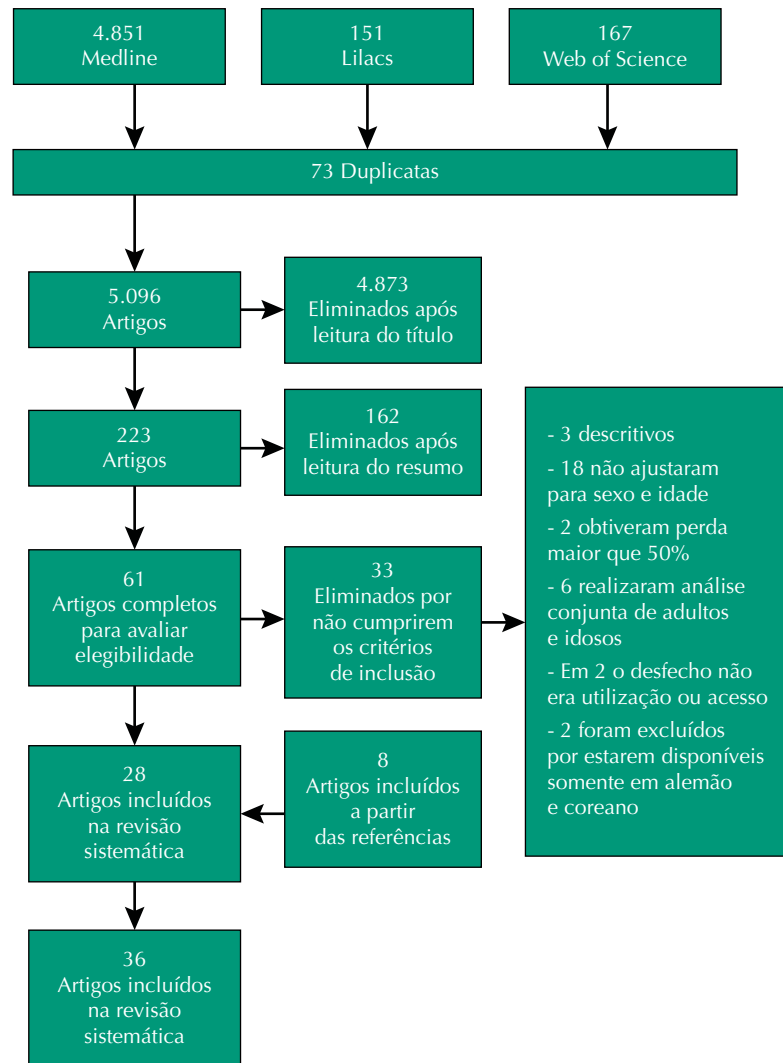
Para serem incluídos, os estudos deveriam: (i) ter qualquer delineamento observacional, não necessariamente de base populacional; (ii) possuir os fatores socioeconômicos relacionados à renda e educação como variáveis de interesse na análise do acesso ou utilização de serviços de saúde entre idosos; (iii) fazer ajuste para fatores de confusão, no mínimo sexo e idade; (iv) não apresentar viés de seleção (considerou-se viés de seleção quando relatado pelo autor, ou estudos com perda maior de 50%). Foram incluídos artigos que consideraram na análise do acesso ou utilização: serviços públicos ou privados, incluindo consultas médicas, consultas com especialistas, consultas odontológicas, internação, serviços de emergência e visita domiciliar. Os artigos que avaliaram problemas de acesso, acesso ou uso de serviços de saúde sem especificação também foram incluídos. Todos os tipos de medidas de efeito foram considerados. Foram excluídos os trabalhos a respeito de acesso a medicamentos e cirurgias. Também foram excluídos estudos relacionando o acesso ou utilização com outras variáveis que não as socioeconômicas.

Foi incluído um artigo com pessoas acima de 45 anos<sup>25</sup> e três com indivíduos maiores de 50 anos<sup>2,16,46</sup>, por se tratarem de coortes cujo objetivo era avaliar eventos na terceira idade<sup>2,15</sup> ou por serem estudos transversais que tinham o idoso como foco principal<sup>25,46</sup>.

Foi lido o título dos artigos e excluídos aqueles sem relação com o tema acesso e utilização dos serviços de saúde. Os resumos foram lidos e excluídos aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão. Os artigos cujos títulos e resumos não apresentaram clareza para sua inclusão ou exclusão foram mantidos para a etapa seguinte de leitura integral do trabalho. Foram selecionados os artigos lidos na íntegra que se adequaram aos critérios. O processo foi realizado por dois pesquisadores independentemente. As discordâncias foram discutidas entre o par até um consenso.

Foram encontrados 5.096 artigos após a exclusão de duplicidades. Desses, 4.873 foram excluídos após a leitura dos títulos e 162 eliminados após a leitura do resumo. Dos 61 artigos analisados na íntegra, 33 não cumpriam os critérios de inclusão. Desses, três eram descritivos, 18 não ajustaram para sexo e idade, dois obtiveram perda maior que 50%, seis realizaram análise conjunta de adultos e idosos, em dois o desfecho não era utilização ou acesso e dois foram excluídos por estarem disponíveis somente em alemão e coreano. A partir da busca nas referências dos artigos selecionados, oito foram incluídos, totalizando 36 artigos selecionados para esta revisão (Figura). A Tabela 1 apresenta uma descrição geral dos estudos.

Os artigos selecionados foram avaliados e pontuados conforme os critérios metodológicos propostos por Downs e Black<sup>15</sup>. A versão original é composta por 27 itens. O presente artigo utilizou a versão adaptada composta por 17 itens, considerando as questões pertinentes a estudos observacionais: 1) A hipótese/objetivo do estudo foi claramente definida?; 2) Desfechos principais medidos estão claramente descritos na seção de introdução ou métodos?; 3) As características dos indivíduos são claramente descritas?; 4) A distribuição dos principais fatores de confusão nos sujeitos a serem comparados está claramente descrita?; 5) Os principais achados do estudo estão descritos?; 6) O estudo fornece estimativas da variabilidade aleatória dos dados para os principais desfechos (medidas de variabilidade)?; 7) As características dos pacientes que foram perdidas de seguimento/perdas/recusas estão descritas?; 8) Os valores p estão descritos de forma “exata” ao invés de, por exemplo,  $p < 0,05$ , exceto para  $p < 0,001$ ?; 9) Os sujeitos convidados a participarem da pesquisa são representativos da população de onde foram recrutados?; 10) Se qualquer dos resultados do estudo foi baseado em “*data dredging*”, foi feito de forma clara?; 11) Testes estatísticos foram apropriados para avaliar os desfechos principais?;



**Figura.** Diagrama do fluxo do processo de seleção dos artigos nas diferentes fases da revisão sistemática.

12) O desfecho principal foi medido utilizando critério/equipamento acurado (válido e replicável)?; 13) Os participantes do estudo foram recrutados no mesmo período de tempo?; 14) Os grupos a serem comparados foram obtidos da mesma população?; 15) Foram feitos ajustes adequados para confusão na análise da qual os achados principais foram obtidos?; 16) As perdas de seguimento foram levadas em consideração?; 17) O estudo tem poder suficiente para detectar um efeito clínico importante onde o valor da probabilidade para a diferença devido ao acaso seja menor que 5%?. As questões abordadas pontuavam um ponto se “sim” e zero ponto se “não”, exceto a questão 4 (0 = “não”, 1 = “parcialmente” e 2 = “sim”), resultando em escore de zero a 18 pontos.

A extração dos dados foi realizada utilizando uma planilha elaborada pelos autores, considerando as informações: autor, ano, local, amostra, objetivo, delineamento, desfecho(s), exposição, período recordatório considerado no relato de acesso ou utilização de serviços de saúde, medida de efeito e intervalo de confiança, ajustes realizados, pontuação pelo método Downs e Black<sup>15</sup> e se utilizou algum modelo teórico que tenha embasado a análise hierárquica dos dados<sup>59</sup>, caso tenha realizado essa abordagem.

A síntese descritiva dos artigos selecionados foi realizada conforme suas características gerais, relacionadas às informações obtidas pela referida planilha. Os dados foram discutidos à luz do contexto do sistema de saúde dos países onde foram realizados os estudos.

Com base na medida de efeito, os resultados dos estudos foram classificados como efeito ‘pró-rico’ (maior acesso ou utilização de serviços de saúde associados com maior renda

**Tabela 1.** Estudos que avaliaram a associação entre fatores socioeconômicos e acesso ou utilização de serviços de saúde entre idosos.

Autor (ano)	Local	Amostra	Delimitação/Faixa etária (ano)	Desfecho(s)	Período recordatório	Downs e Black
Allan et al. <sup>1</sup> (2011)	Canadá	3.424	Transversal/ ≥ 65	Número de CM; noites em Hospital; VD	12 meses	17
Allin et al. <sup>2</sup> (2009)	Áustria	1.828	Transversal/ ≥ 50	CM, CO e número de CM	12 meses	13
	Bélgica	3.626				
	França	1.585				
	Dinamarca	2.937				
	Grécia	2.909				
	Alemanha	2.636				
	Itália	2.473				
	Holanda	2.836				
	Espanha	2.300				
	Suécia	2.972				
Suíça	932					
EUA	18.148					
Araújo et al. <sup>4</sup> (2009)	Brasil	597	Transversal/ ≥ 60	CO	12 meses	17
Auchincloss et al. <sup>5</sup> (2001)	EUA	12.341	Transversal/ ≥ 65	Problema no acesso	12 meses	17
Barros et al. <sup>6</sup> (2011)	Brasil	1.518	Transversal/ ≥ 60	Uso de serviços de saúde, hospitalização, CO	Uso de serviços: 2 semanas; hospitalização: 12 meses; CO: 1 ano	17
Bazargan et al. <sup>7</sup> (1998)	EUA	1.114	Transversal/ ≥ 62	CM, número de hospitalização e uso de emergência	6 meses	16
Blay et al. <sup>8</sup> (2008)	Brasil	6.061	Transversal/ ≥ 60	Consulta ambulatorial e noites de hospitalização e hospitalização	Consulta ambulatorial: 6 meses; hospitalização: 12 meses	16
Blazer et al. <sup>9</sup> (1995)	EUA	4.162	Transversal/ ≥ 65	Ter um serviço/profissional de referência; CM; noites de hospitalização	1 ano	17
Blustein e Weiss <sup>10</sup> (1998)	EUA	7.255	Transversal/ ≥ 65	Consulta a especialista	Ano de 1992	14
Borges-Yanez e Gomez-Dantes <sup>11</sup> (1998)	México	4.628	Transversal/ ≥ 60	Uso de serviço de saúde	15 dias	12
Dansky et al. <sup>12</sup> (1998)	EUA	6.034	Transversal/ ≥ 65	CM, noites de hospitalização e VD	Ano de 1992	16
Elwell-Sutton et al. <sup>16</sup> (2013)	China	30.499	Coorte/ ≥ 50	Índice de concentração e horizontal <i>inequity index</i> no uso de serviços de saúde	CM: 14 dias; internação: 6 meses	15
Fernandez-Mayoralas et al. <sup>18</sup> (2000)	Espanha	3.475	Transversal/ ≥ 65	CM, CO hospitalização e uso de emergência	CM: 15 dias; CO: 3 meses; hospitalização emergência: 1 ano	15
Fitzpatrick et al. <sup>20</sup> (2004)	EUA	4.889	Coorte/ ≥ 65	Problemas de acesso	1 ano	12
Freedman et al. <sup>21</sup> (2004)	EUA	4.613	Transversal/ ≥ 65	VD	12 meses	12
Jiang et al. <sup>25</sup> (2013)	China	2.093	Transversal/ ≥ 45	Consulta ambulatorial e hospitalização	12 meses	11
Lima-Costa et al. <sup>28</sup> (2003)	Brasil	19.068	Transversal/ ≥ 65	Renda domiciliar <i>per capita</i>	número de CM hospitalização - últimos 12 meses	15
Lima-costa et al. <sup>29</sup> (2003)	Brasil	1.074	Transversal/ ≥ 65	Renda domiciliar total	12 meses	17
Louvison et al. <sup>30</sup> (2008)	Brasil	2.146	Transversal/ ≥ 60	Consulta ambulatorial	4 meses	16
Lupi-Pegurier et al. <sup>31</sup> (2011)	França	9.233	Transversal/ ≥ 60	CO	12 meses	16
Matos et al. <sup>34</sup> (2004)	Brasil	28.943	Transversal/ ≥ 60	Tempo decorrido após a última CO	-	16

Continua

**Tabela 1.** Estudos que avaliaram a associação entre fatores socioeconômicos e acesso ou utilização de serviços de saúde entre idosos. Continuação

Murata et al. <sup>36</sup> (2010)	Japão	15.302	Transversal/ ≥ 65	Delay care	1 ano	15
Österberg et al. <sup>40</sup> (1998)	Suécia	1.778	Transversal/ ≥ 65	Não visita ao dentista	1 ano e 5 anos	16
Park <sup>42</sup> (2014)	Coréia	4.040	Transversal/ ≥ 65	Número de CM	24 meses	16
Pinheiro e Travassos <sup>44</sup> (1999)	Brasil	738	Transversal/ ≥ 60	Uso de serviços de saúde	3 meses	17
Salinas et al. <sup>46</sup> (2010)	México	15.186	Transversal/ ≥ 50	Número de CM e hospitalização	1 ano	16
Sanchez-Garcia et al. <sup>47</sup> (2007)	México	698	Transversal/ ≥ 60	CO	12 meses	15
Sibbritt et al. <sup>48</sup> (2010)	Austrália	9.387	Coorte/ 70–75	CO	1 ano	15
Strain <sup>49</sup> (1990)	Canadá	705	Transversal/ ≥ 60	Número CM	1 ano	12
Suominen-Taipale et al. <sup>50</sup> (2004)	Noruega e Finlândia	7.919 1.283	Transversal/ 65–74	CM	12 meses	16
Thumé et al. <sup>52</sup> (2010)	Brasil	1.713	Transversal/ ≥ 60	VD	3 meses	17
Wallace e Gutierrez <sup>60</sup> (2005)	Brasil	2.143	Transversal/ ≥ 60	Nenhuma CM	12 meses	14
	Chile	1.301				
	México	1.247				
	Uruguai	1.450				
Wan e Odell <sup>61</sup> (1981)	EUA	1.182	Transversal/ ≥ 60	CM, CO hospitalização e número de hospitalização	1 ano	14
Wolinsky et al. <sup>64</sup> (1984)	EUA	15.899	Transversal/ ≥ 60	Número de CM e noites de hospitalização	1 ano	15
Wolinsky et al. <sup>63</sup> (1983)	EUA	401	Transversal/ ≥ 65	CM, CO e hospitalização	1 ano	13
Wolinsky et al. <sup>65</sup> (1991)	EUA	5.151	Transversal/ ≥ 70	CM, noites de hospitalização e VD	1 ano	15

CO: consulta odontológica; CM: consulta médica; VD: visita domiciliar

e/ou maior escolaridade); efeito ‘pró-pobre’ (maior acesso ou utilização de serviços de saúde associados com menor renda e/ou menor escolaridade); e ‘sem diferença’ (os resultados não apresentaram associação entre renda e/ou escolaridade e uso ou acesso a serviços de saúde).

## RESULTADOS

Os estudos datam de 1981 a 2014, três na década de 1980, nove da década de 1990 e 24 dos anos 2000, abrangendo ampla gama de países (36 artigos em 23 países). Três estudos foram realizados em mais de um país<sup>2,50,61</sup>. A maioria foi realizada em países desenvolvidos<sup>1,2,4,7,9,10,12,18,20,21,31,36,40,42,48-50,61,64-65</sup> (n = 21), desses, 11 estudaram especificamente os Estados Unidos<sup>5,7,9,10,12,20,21,61,63-65</sup>. Dos estudos realizados em países em desenvolvimento<sup>4,6,8,11,16,24,27-29,34,44,46,47,52,60</sup> (n = 15), cerca de dois terços (n = 9) estudaram especificamente o Brasil<sup>4,6,8,28,29,30,34,44,52</sup>.

Trinta e três estudos utilizaram delineamento transversal<sup>1,2,4-12,18,21,24,28-31,34,36,40,42,44,46,47,49,50,52,60,61,63-65</sup>, e três do tipo coorte<sup>16,20,48</sup>. A pontuação dos estudos segundo o método de Downs e Black variou de 11 a 17. Dentre os critérios de Downs e Black, as limitações mais frequentemente encontradas foram: ausência de descrição de perdas e recusas, pouca clareza na descrição dos fatores de confusão, não apresentação de estimativas de variabilidade aleatória dos dados e não apresentação dos valores exatos de p.

Os estudos trabalharam com amostras grandes: de 401<sup>63</sup> a 30.499<sup>16</sup>. A faixa etária dos idosos também variou. Quatorze artigos estudaram idosos maiores de 60 anos e outros 14, maiores



de 65 anos, representando a maioria dos estudos selecionados. Um artigo analisou idosos maiores de 62 anos<sup>7</sup>, outro de 65 a 74 anos<sup>50</sup>, um de 70 a 75 anos<sup>48</sup> e outro de 70 anos e mais<sup>65</sup>. Incluímos nesta revisão um estudo com pessoas acima de 45 anos<sup>25</sup> e três com indivíduos maiores de 50 anos<sup>2,16,46</sup>.

A maioria das publicações estudou utilização de serviços de saúde, desses 16 estudaram mais de um desfecho. Dos serviços de saúde investigados na associação com aspectos socioeconômicos, a consulta médica foi estudada por 16 estudos<sup>1,2,7,9,12,18,28,42,46,49,50,60,61,63-65</sup>, 15 abordaram hospitalização<sup>1,6-9,12,18,25,28,29,46,61,63-65</sup> e um terço das publicações (n = 12), o uso de consultas odontológicas<sup>2,4,6,18,28,31,34,40,47,48,61,63</sup>. Dois estudos<sup>7,18</sup> avaliaram o uso de serviços de emergência, cinco analisaram o cuidado domiciliar<sup>1,12,21,52,65</sup>, dois avaliaram consulta com especialista<sup>10,50</sup>, três consulta ambulatorial<sup>8,25,30</sup> e quatro analisaram o uso de qualquer serviço de saúde<sup>6,11,16,44</sup>.

Dois artigos tiveram como desfecho problemas no acesso (sim/não)<sup>5,20</sup> e um<sup>36</sup> utilizou como desfecho 'delay care' (postergar ou interromper a busca por serviço de saúde ou um cuidado). Lima-Costa<sup>29</sup> estudou a principal queixa ou insatisfação ao procurar atendimento médico.

O período recordatório adotado nas entrevistas apresentou diferenças, variando de duas semanas a cinco anos. Dos trabalhos que abordaram o uso de consulta odontológica, hospitalização e especialista, oito<sup>2,4,6,31,47,48,61,63</sup>, 14<sup>1,6,8,9,12,18,24,28,29,46,61,63-65</sup> e dois<sup>10,50</sup> utilizaram 12 meses, respectivamente. Para visita domiciliar, um artigo utilizou três meses<sup>52</sup>, os demais consideraram 12 meses. Para consulta médica, 14 estudos consideraram os 12 meses anteriores à entrevista<sup>1,2,7,9,12,28,46,49,50,60,61,63-65</sup>, um 15 dias<sup>18</sup> e um 24 meses<sup>42</sup>.

Em relação à exposição socioeconômica, 21 estudos avaliaram renda e escolaridade concomitantemente no modelo<sup>1,2,4,5,8-10,21,24,30,31,34,40,42,44,46,47,49,52,60,64</sup>, nove analisaram somente educação<sup>6,7,11,12,18,48,50,61,65</sup> e seis somente renda<sup>16,20,28,29,36,63</sup>. Onze utilizaram renda domiciliar total<sup>1,2,5,9,10,20,21,29,31,49,52</sup>, seis, renda domiciliar *per capita*<sup>16,25,28,34,36,44</sup>, cinco, renda individual<sup>30,40,42,64,63</sup>, dois, adotaram o índice de riqueza<sup>2,60</sup> e um o nível econômico conforme critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP)<sup>4</sup>. Salinas et al.<sup>46</sup> utilizaram a situação econômica autodeclarada (excelente/muito boa/boa; média; ruim) e Sanchez-Garcia et al.<sup>47</sup> analisaram trabalho remunerado, de forma dicotômica, como exposição.

Trinta estudos investigaram escolaridade na associação com uso de serviços de saúde. Essa variável foi analisada pela maioria de acordo com o nível de escolaridade em categorias (16 estudos). Um estudo considerou alfabetização (sim; não) e dois consideraram ter frequentado a escola de forma dicotômica. Onze artigos utilizaram a variável em anos de estudo, sendo cinco de forma categórica, cinco de forma contínua e um de forma dicotômica (acima e abaixo de seis anos de estudo). Wallace et al.<sup>60</sup>, consideraram somente a escolaridade do chefe da família.

Das 36 publicações selecionadas, 17 utilizaram modelo hierarquizado na análise<sup>1,4,7,9,18,30,31,40,42,46,48,49,52,61,63-65</sup>. Desses, 12 adotaram o modelo teórico comportamental de Andersen<sup>1,7,9,18,30,42,46,49,61,63-65</sup>, e um utilizou o modelo teórico proposto pelo Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (Proadess)<sup>4</sup>. As variáveis utilizadas no ajuste incluíram desde variáveis demográficas e de necessidade de saúde, até variáveis comportamentais.

Brasil (n = 9) e Estados Unidos (n = 11) foram os países com maior número de publicações nesta revisão e os que apresentaram maior número de estudos com associação entre maior renda e escolaridade e utilização de consultas médicas (30% e 60% respectivamente), apresentando efeito pró-rico. Tendência semelhante foi observada em estudos realizados no México<sup>47,60</sup>, Chile<sup>60</sup> e Uruguai<sup>60</sup>. Nos países europeus encontrou-se a mesma direção no efeito entre essas variáveis na Áustria, Grécia, Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Itália, Suíça e Suécia<sup>2</sup> (Tabela 2).

Renda e educação não apresentaram efeito sobre a hospitalização em oito estudos e quatro encontraram efeito pró-pobre. Os três estudos identificados<sup>7,18,63</sup> não mostraram associação entre

fatores socioeconômicos e utilização de emergência. O uso de cuidado domiciliar no Brasil e Canadá foi maior em pessoas com baixa renda e o uso de consulta odontológica em todos os estudos esteve associado à maior renda e principalmente maior escolaridade, mesmo nos países europeus.

Em relação à consulta com especialista, dois estudos<sup>10,50</sup> identificaram efeito pró-rico na Noruega, Finlândia e EUA.

Os problemas de acesso foram associados à maior renda e escolaridade em dois estudos identificados<sup>5,20</sup>, ambos realizados nos Estados Unidos (Tabela 2). Pessoas com menor renda e escolaridade apresentaram maior chance em relatar problemas no acesso, comparados aos indivíduos de maior renda e escolaridade<sup>5,20</sup>. No Japão, cidadãos de baixa renda apresentaram maior chance de adiar ou interromper a busca de cuidado de saúde (*Delay care*)<sup>36</sup>.

**Tabela 2.** Medida de efeito das características socioeconômicas sobre o uso de serviços de saúde de acordo com o país de realização do estudo.

Desfecho	Medida de efeito	País de realização do estudo <sup>referência</sup>
Consulta médica	Pró-rico	Alemanha <sup>2</sup> , Áustria <sup>2</sup> , Bélgica <sup>2</sup> , Brasil <sup>6,28,30,44</sup> , Chile <sup>60</sup> , China <sup>15</sup> , Dinamarca <sup>2</sup> , Itália <sup>2</sup> , EUA <sup>2,7,12,64,65</sup> , Grécia <sup>2</sup> , México <sup>47,60</sup> , Noruega <sup>50</sup> , Suécia <sup>2</sup> , Suíça <sup>2</sup> , Uruguai <sup>60</sup>
	Sem diferença	Brasil <sup>8,60</sup> , Canadá <sup>1,49</sup> , China <sup>25</sup> , Coreia <sup>42</sup> , Espanha <sup>2,18</sup> , EUA <sup>9,61,63</sup> , Finlândia <sup>50</sup> , França <sup>2</sup> , Holanda <sup>2</sup> , México <sup>11,46</sup>
	Pró-pobre	-
	Sem dados	Austrália, Japão
Hospitalização	Pró-rico	China <sup>25</sup> , Espanha <sup>18</sup> , EUA <sup>55</sup>
	Sem diferença	Brasil <sup>42</sup> , Canadá <sup>49</sup> , China <sup>20</sup> , EUA <sup>18,22,29,36</sup> , México <sup>46</sup>
	Pró-pobre	Brasil <sup>8,29</sup> , EUA <sup>7,61</sup>
	Sem dados	Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Chile, Coreia, Dinamarca, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Itália, Japão, Noruega, Suécia, Suíça, Uruguai
Consulta odontológica	Pró-rico	Alemanha <sup>2</sup> , Austrália <sup>48</sup> , Áustria <sup>2</sup> , Bélgica <sup>2</sup> , Brasil <sup>4,6,28,34</sup> , Dinamarca <sup>2</sup> , Espanha <sup>2,18</sup> , EUA <sup>2,61,63</sup> , França <sup>2</sup> , Grécia <sup>2</sup> , Holanda <sup>2</sup> , Itália <sup>2</sup> , México <sup>47</sup> , Suécia <sup>2,40</sup> , Suíça <sup>2</sup>
	Sem diferença	-
	Pró-pobre	-
	Sem dados	Canadá, Chile, China, Coreia, Finlândia, Japão, Noruega, Uruguai
Emergência	Pró-rico	-
	Sem diferença	Espanha <sup>18</sup> , EUA <sup>7,63</sup>
	Pró-pobre	-
	Sem dados	Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, China, Coreia, Dinamarca, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Itália, Japão, México, Noruega, Suécia, Suíça, Uruguai
Visita domiciliar	Pró-rico	EUA <sup>21</sup>
	Sem diferença	EUA <sup>12,65</sup>
	Pró-pobre	Brasil <sup>52</sup> , Canadá <sup>1</sup>
	Sem dados	Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Chile, China, Coreia, Dinamarca, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Itália, Japão, México, Noruega, Suécia, Suíça, Uruguai
Problemas de acesso	Pró-rico	EUA <sup>5,20</sup>
	Sem diferença	-
	Pró-pobre	-
	Sem dados	Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, China, Coreia, Dinamarca, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Itália, Japão, México, Noruega, Suécia, Suíça, Uruguai
Consulta com especialista	Pró-rico	EUA <sup>10</sup> , Finlândia <sup>50</sup> , Noruega <sup>50</sup>
	Sem diferença	-
	Pró-pobre	-
	Sem dados	Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, China, Coreia, Dinamarca, França, Grécia, Holanda, Itália, Japão, México, Suécia, Suíça, Uruguai

Pró-rico: resultados que favoreceram maior uso por pessoas com maior renda ou escolaridade.

Pró-pobre: resultados que favoreceram maior uso por pessoas com menor renda ou escolaridade.

Sem diferença: renda ou escolaridade não apresentaram efeito em relação à utilização de serviços.

Sem dados: falta de dados considerando os países dos estudos incluídos na revisão.



## DISCUSSÃO

A associação entre fatores socioeconômicos e acesso ou utilização de serviços de saúde variou de acordo com os países e com o tipo de serviço utilizado. A desigualdade no acesso a consultas médicas foi identificada nos países em desenvolvimento e em alguns países desenvolvidos. Maior uso de consultas odontológicas em idosos com melhor condição socioeconômica foi identificado em todos os países. A associação de fatores socioeconômicos com internação e uso de emergência foi pouco evidenciada: 11 estudos mostraram igualdade no acesso<sup>7,18,20,22,29,36,42,44,46,63</sup>. Foi apresentado efeito pró-pobre no uso de visita domiciliar. A utilização desse tipo de cuidado foi maior entre os mais ricos e escolarizados somente nos Estados Unidos<sup>21</sup>.

As desigualdades socioeconômicas no acesso e utilização estão relacionadas às características individuais, que afetam a necessidade e busca por serviços de saúde pelo indivíduo. Também se associam a variáveis contextuais, principalmente em relação às características e forma de organização do sistema de saúde, que podem reforçar ou mitigar as desigualdades sociais no acesso a serviços de saúde<sup>53,57</sup>. É imprescindível discutir os achados desta revisão sistemática considerando o contexto dos sistemas de saúde de cada país em estudo.

Brasil e Estados Unidos foram os países que apresentaram maior número de artigos e os estudos apontaram, em sua maioria, desigualdades no uso de consultas médicas<sup>2,6,7,12,28,39,44,64,65</sup>. Esses países apresentam semelhanças na forma de acesso aos serviços para a população idosa, apesar das diferenças no financiamento predominante dos sistemas de saúde (Brasil – sistema universal público; Estados Unidos – sistema privado) e cobertura dos serviços públicos. Nos Estados Unidos, idosos acima de 65 anos são cobertos por um seguro público, o *Medicare*, que contribui na diminuição dos gastos individuais, mas não cobre todas as despesas médicas<sup>37</sup>. Assim, o cidadão pode possuir cobertura pelo *Medicare* ou seguro privado. No Brasil, o idoso pode utilizar o sistema público (Sistema Único de Saúde – SUS), que enfrenta desafios na garantia do acesso universal, ou contratar um seguro-saúde ou plano privado<sup>41</sup>. Essa conformação do sistema de saúde pode permitir maior acesso àqueles idosos que podem pagar pelo serviço ou plano de saúde. Isso aumenta as iniquidades na utilização de serviços de saúde e justifica os achados.

Estudo de Fitzpatrick et al.<sup>20</sup> mostrou que 22,3% dos idosos nos Estados Unidos referem os custos financeiros como importante barreira no acesso a consulta médica, seguido por problemas de transporte (21%); os problemas de acesso foram mais frequentes em idosos de menor renda. Lima-Costa<sup>27</sup> mostrou que possuir plano de saúde está associado ao maior número de visitas ao médico (quatro ou mais) nos últimos 12 meses na população idosa brasileira.

Allin et al.<sup>2</sup> apontaram maior diferença no uso de consultas médicas em idosos na Áustria, Alemanha e Suécia, em que há maior utilização em pessoas de maior renda ou escolaridade. O sistema de saúde é do tipo seguro social obrigatório nesses países. Nos demais países de sistema universal, como Canadá<sup>1,49</sup>, França<sup>2</sup>, Espanha<sup>2,18</sup>, com exceção do Brasil e Itália, os estudos não encontraram associação, o que sugere melhor desempenho do sistema desses países na redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo com a população adulta em países desenvolvidos<sup>13</sup>. Foi observada menor desigualdade nos países de sistema universal e maior desigualdade pró-rico nos Estados Unidos e México no uso de serviços de saúde, dois países sem cobertura universal das suas populações.

Dois estudos encontraram maior uso de consultas com especialista em pessoas com maior renda e escolaridade<sup>10,50</sup>. Van Doorslaer et al.<sup>13</sup> encontraram o mesmo em todos os países da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) em relação à população adulta, com exceção da Inglaterra. Apesar das diferentes características do sistema entre os países, os adultos ricos são mais propensos a consultar um especialista do que os pobres e, na maioria dos países, com mais frequência. Isso pode ser reflexo da dificuldade de articulação entre o nível primário e secundário do sistema de saúde, restringindo o acesso

ao especialista. Dessa forma, pessoas mais abastadas conseguem consultar um especialista pelo sistema privado. Autores<sup>50</sup> sugerem que pessoas com maior escolaridade conseguem persuadir o generalista a lhes encaminhar mesmo quando a queixa poderia ser tratada no nível primário.

Houve pouca evidência de desigualdades na utilização de serviços de internação. Estudos realizados nos Estados Unidos<sup>7,38</sup> e Brasil<sup>8,28</sup> identificaram maior utilização nos grupos socioeconômicos mais pobres. Esse resultado pode se dever à severidade com que os grupos sociais procuram os serviços hospitalares. Indivíduos mais pobres podem apresentar maiores complicações ou comorbidades por terem menos acesso aos serviços preventivos, aumentando a necessidade de internação, comparados aos indivíduos mais ricos<sup>3</sup>. Wang et al.<sup>62</sup> observaram aumento na probabilidade de hospitalização de acordo com o número de condições crônicas, e o financiamento público do serviço foi associado à maior utilização por indivíduos mais pobres.

Diferenças significativas na probabilidade de visitas ao dentista foram observadas em países desenvolvidos, sugerindo maior utilização em idosos com melhores condições socioeconômicas. O mesmo foi encontrado por Tennstedt<sup>51</sup> nos Estados Unidos. Segundo o estudo, pessoas com maior escolaridade referiram maior número de visitas ao dentista no último ano. No Brasil, idosos com maior nível de escolaridade e renda apresentaram maiores prevalências de utilização recente de serviço odontológico<sup>19</sup>. Estudos da revisão sistemática elaborada por Holm-Pedersen et al.<sup>23</sup> também encontraram disparidades no uso de consultas odontológicas em relação à renda e apontaram os custos para obter tratamento odontológico como importante barreira ao acesso principalmente para idosos de menor renda na Dinamarca, Alemanha, Suécia, Noruega e Reino Unido. Isso pode se dever ao fato de a maioria dos sistemas de saúde públicos não cobrir serviços de odontologia ou cobrir parcialmente, ofertados em sua maioria por seguradoras privadas ou obtidos via pagamento direto ao prestador.

O uso de visita domiciliar no Brasil e Canadá apresentou desigualdade favorável aos mais pobres, e houve desigualdade pró-rico nos Estados Unidos. A maior utilização em pessoas mais pobres e menos escolarizadas se dá, provavelmente, em função de políticas com foco na equidade. Resultado semelhante foi encontrado pela revisão sistemática elaborada por Goodridge et al.<sup>22</sup> Segundo a revisão, pessoas com baixa renda e menor educação tendem a ser mais propensas a receber cuidados de saúde em casa do que pessoas de melhor nível socioeconômico no Canadá.

Os sistemas de saúde, incluindo os programas de saúde pública, são por si só, importante determinante social. Ao ampliar os serviços públicos, o sistema de saúde pode assegurar tratamento igualitário para todos os grupos sociais e, conseqüentemente, combater as desigualdades existentes nas condições de saúde geradas por iniquidades sociais, exercendo um mecanismo compensatório<sup>57,a</sup>.

A efetividade das políticas e estratégias para redução das desigualdades em saúde tem sido apresentada em estudos<sup>17,26</sup>. Uma comparação entre a distribuição da prevalência da hipertensão mostra um gradiente social nos Estados Unidos e ausência deste padrão no Canadá, provavelmente resultado de uma cobertura de saúde universal e políticas voltadas para segmentos socialmente mais vulneráveis neste país<sup>26</sup>.

Dos estudos que utilizaram modelo hierarquizado na análise (n = 17), 11 utilizaram modelo teórico de Andersen, e um adotou o modelo desenvolvido pelo Proadess. O Modelo Comportamental de Andersen é um dos pioneiros e foi desenvolvido para avaliar e compreender o comportamento do uso de serviços de saúde dos indivíduos<sup>57</sup>. Abrangem fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidade saúde. O modelo proposto pelo Proadess estabelece uma cadeia de determinantes hierarquizados. Esses determinantes influenciam, de forma distal ou proximal, a utilização de serviços, que incluem características individuais, problemas de saúde e autopercepção de saúde<sup>4</sup>.

<sup>a</sup> Portal DSS Brasil. O setor saúde na redução das desigualdades em saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos, Políticas e Informações sobre Determinantes Sociais da Saúde; 2011 [citado 2015 jul 2]. Disponível em: <http://cmds2011.org/site/2011/08/o-papel-do-setor-saude-na-reducao-das-desigualdades-de-saude/>

A maior parte dos estudos revisados avaliou a utilização de serviços de saúde como desfecho. Dois avaliaram problemas no acesso e um avaliou a demanda satisfeita. Muitos estudos adotam a utilização como *proxy* de acesso aos serviços de saúde. Entretanto, alguns autores defendem que acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde<sup>38,39,55</sup>. A utilização pode ser compreendida como a evidência de que o acesso foi alcançado. Entretanto, as taxas de utilização não permitem determinar o grau em que os serviços não foram usados, embora tenham sido necessários<sup>38</sup>. No uso de serviços de saúde, as populações que não conseguiram atendimento (falta de acesso) e aquelas que não precisaram de serviços de saúde, são consideradas na mesma categoria – não uso de serviços de saúde. Fazem-se necessárias outras formas de mensuração de acesso que explicitem em que medida a demanda está sendo satisfeita ou não.

A avaliação conjunta dos estudos mostra contrastes na abordagem da temática, como o período recordatório da utilização dos serviços, na mensuração das variáveis de educação e renda, implicando diferentes métodos de análise. Isso pode influenciar na medida de efeito encontrada.

A forma de mensuração do desfecho também pode ter implicações diferentes, dificultando a comparação das realidades estudadas. Alguns estudos avaliaram a utilização de serviços de internação de forma dicotômica (sim; não). Outros estudos utilizaram noites de internação, que pode refletir a complexidade do problema e o nível de saúde das pessoas. Isso porque se espera que pessoas mais desfavorecidas tenham piores condições de saúde, podendo demandar mais noites de internação<sup>3,32</sup>.

A análise da associação entre fatores socioeconômicos e utilização de serviços de saúde em idosos possui alguns complicadores. O primeiro é a dificuldade de medir o nível socioeconômico em idosos. Entre as pessoas que são aposentadas, renda e estado de ocupação perdem seu significado, tornando os idosos mais semelhantes em relação a essa variável, o que dilui a medida de efeito<sup>2</sup>. Outro dificultador é a seleção de sobreviventes<sup>45</sup>. As populações mais pobres apresentam taxa de morbidade e mortalidade mais elevadas que a média<sup>33</sup>. Dessa forma, os sobreviventes tendem a ter melhor condição socioeconômica e ser mais saudáveis que aqueles que morreram, o que torna a população menos heterogênea e reduz a medida de efeito.

Esta revisão sistemática apresenta limitações, como a ausência de um terceiro pesquisador para a decisão final dos artigos a serem incluídos nesta revisão sistemática. A seleção de artigos somente em português, inglês e espanhol também pode ser uma limitação do estudo, entretanto, entendemos ser menor, visto que somente dois trabalhos não foram incluídos por terem sido publicados em outra língua.

Os achados desta revisão mostraram menor uso de serviços de saúde e problemas de acesso em idosos com menor renda e escolaridade, variando em maior ou menor grau de acordo com o país e com o tipo de serviço utilizado. Isso aponta para desigualdades no acesso. Os serviços odontológicos foram os que apresentaram maior desigualdade no uso. Os sistemas universais de saúde mostraram maior potencial para redução de desigualdades na utilização de serviços, servindo como referência aos países que desejem fortalecer o foco na equidade.

## REFERÊNCIAS

1. Allan DE, Funk LM, Reid RC, Cloutier-Fisher D. Exploring the influence of income and geography on access to services for older adults in British Columbia: a multivariate analysis using the Canadian Community Health Survey (Cycle 3.1). *Can J Aging*. 2011;30(1):69-82. <https://doi.org/10.1017/S0714980810000760>
2. Allin S, Masseria C, Mossialos E. Measuring socioeconomic differences in use of health care services by wealth versus by income. *Am J Public Health*. 2009;99(10):1849-55. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.141499>

3. Andrade MV, Noronha K, Menezes RM, Souza MN, Reis CDB, Martins DR et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ Apl.* 2013;17(4):623-45. <https://doi.org/10.1590/S1413-80502013000400005>
4. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(5):1063-72. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500013>
5. Auchincloss AH, Van Nostrand JF, Ronsaville D. Access to health care for older persons in the United States: personal, structural, and neighborhood characteristics. *J Aging Health.* 2001;13(3):329-54. <https://doi.org/10.1177/089826430101300302>
6. Barros MB, Francisco PM, Lima MG, Cesar CL. Social inequalities in health among the elderly. *Cad Saude Publica.* 2011;27 Suppl 2:S198-208. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400008>
7. Bazargan M, Bazargan S, Baker RS. Emergency department utilization, hospital admissions, and physician visits among elderly African American persons. *Gerontologist.* 1998;38(1):25-36. <https://doi.org/10.1093/geront/38.1.25>
8. Blay SL, Fillenbaum GG, Andreoli SB, Gastal FL. Equity of access to outpatient care and hospitalization among older community residents in Brazil. *Med Care.* 2008;46(9):930-7. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318179254c>
9. Blazer LK, Mansfield PK. A comparison of substance use rates among female nurses, clerical workers and blue-collar workers. *J Adv Nurs.* 1995;21(2):305-13. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb02527.x>
10. Blustein J, Weiss LJ. Visits to specialists under Medicare: socioeconomic advantage and access to care. *J Health Care Poor Underserved.* 1998;9(2):153-69. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0451>
11. Borges-Yáñez SA, Gómez-Dantés H. [Use of health services by a population of 60-year olds and older in Mexico]. *Salud Publica Mex.* 1998;40(1):13-23. Spanish.
12. Dansky KH, Brannon D, Shea DG, Vasey J, Dirani R. Profiles of hospital, physician, and home health service use by older persons in rural areas. *Gerontologist.* 1998;38(3):320-30. <https://doi.org/10.1093/geront/38.3.320>
13. Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ.* 2006;174(2):177-83. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050584>
14. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990;114(11):1115-8.
15. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health.* 1998;52(6):377-84. <https://doi.org/10.1136/jech.52.6.377>
16. Elwell-Sutton TM, Jiang CQ, Zhang WS, Cheng KK, Lam TH, Leung GM, et al. Inequality and inequity in access to health care and treatment for chronic conditions in China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. *Health Policy Plan.* 2013;28(5):467-79. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs077>
17. Fang R, Kmetz A, Millar J, Drasic L. Disparities in chronic disease among Canada's low-income populations. *Prev Chronic Dis.* 2009;6(4):A115.
18. Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. *Soc Sci Med.* 2000;50(1):17-26. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00247-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00247-6)
19. Ferreira CO, Antunes JLF, Andrade FB. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. *Rev Saude Publica.* 2013;47 Suppl 3:90-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004721>
20. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health.* 2004;94(10):1788-94. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1788>
21. Freedman VA, Rogowski J, Wickstrom SL, Adams J, Marainen J, Escarce JJ. Socioeconomic disparities in the use of home health services in a medicare managed care population. *Health Serv Res.* 2004;39(5):1277-97. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00290.x>
22. Goodridge D, Hawranik P, Duncan V, Turner H. Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: a scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(10):1310-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.002>
23. Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey DB. Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom, and Germany. *J Dent Educ.* 2005;69(9):987-97.

24. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Sci Med*. 2003;57(5):861-73. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00454-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00454-9)
25. Jiang Y, Wang Y, Zhang L, Li Y, Wang X, Ma S. Access to healthcare and medical expenditure for the middle-aged and elderly: observations from China. *PLoS One*. 2013;8(5):e64589. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064589>
26. Kaplan MS, Huguet N, Feeny DH, McFarland BH. Self-reported hypertension prevalence and income among older adults in Canada and the United States. *Soc Sci Med*. 2010;70(6):844-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.019>
27. Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):177-86. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X200200010001828>
28. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):745-57. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300007>
29. Lima-Costa MF, Barreto SM, Firmo JOA, Uchoa E. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Rev Panam Salud Publica*. 2003;13(6):387-94. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892003000500007>
30. Louvison MC, Lebrao ML, Duarte YA, Santos JL, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):733-40. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000400021>
31. Lupi-Pegurier L, Clerc-Urmes I, Abu-Zaineh M, Paraponaris A, Ventelou B. Density of dental practitioners and access to dental care for the elderly: a multilevel analysis with a view on socio-economic inequality. *Health Policy*. 2011;103(2-3):160-7. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.09.011>
32. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468-81. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0707519>
33. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)74234-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)74234-3)
34. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2004;25(5):1290-7. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500023>
35. McIntyre D, Mooney G. The economics of health equity. New York: Cambridge University; 2007.
36. Murata C, Yamada T, Chen CC, Ojima T, Hirai H, Kondo K. Barriers to health care among the elderly in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(4):1330-41. <https://doi.org/10.3390/ijerph7041330>
37. Noronha JCD, Ugá MAD. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: Buss PM, Labra ME, editors. Sistemas de saúde continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 1995. p.177-218.
38. Nunes BP, Thume E, Tomasi E, Duro SM, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 2014;48(6):968-76. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005388>
39. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(8):655-8. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.017731>
40. Osterberg T, Lundgren M, Emilson CG, Sundh V, Birkhed D, Steen B. Utilization of dental services in relation to socioeconomic and health factors in the middle-aged and elderly Swedish population. *Acta Odontol Scand*. 1998;56(1):41-7. <https://doi.org/10.1080/000163598423054>
41. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
42. Park JM. Health status and health services utilization in elderly Koreans. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):73. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0073-7>
43. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>



44. Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 1999;15(3):487-96. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300005>
45. Rothman KJ, Greenland S. *Modern epidemiology*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
46. Salinas JJ, Al Snih S, Markides K, Ray LA, Angel RJ. The rural-urban divide: health services utilization among older Mexicans in Mexico. *J Rural Health*. 2010;26(4):333-41. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00297.x>
47. Sánchez-García S, de la Fuente-Hernández J, Juárez-Cedillo T, Mendoza JM, Reyes-Morales H, Solórzano-Santos F et al. Oral health service utilization by elderly beneficiaries of the Mexican Institute of Social Security in Mexico city. *BMC Health Serv Res*. 2007;7(1):211. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-211>
48. Sibbritt DW, Byles JE, Tavener MA. Older Australian women's use of dentists: a longitudinal analysis over 6 years. *Australas J Ageing*. 2010;29(1):14-20. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00396.x>
49. Strain LA. Physician visits by elderly: testing the Andersen-Newman framework. *Can J Sociol*. 1990;15(1):19-37. <https://doi.org/10.2307/3341171>
50. Suominen-Taipale AL, Koskinen S, Martelin T, Holmen J, Johnsen R. Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *Eur J Public Health*. 2004;14(4):375-80. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.4.375>
51. Tennstedt SL, Brambilla DL, Jette AM, McGuire SM. Understanding dental service use by older adults: sociobehavioral factors vs need. *J Public Health Dent*. 1994;54(4):211-9. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.1994.tb01217.x>
52. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *Am J Public Health*. 2011;101(5):868-74. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184648>
53. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CS. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(1):133-49. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100012>
54. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5-6):365-73. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000500011>
55. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Suppl 2:S190-8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
56. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2490-502. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000023>
57. Travassos C, Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, editor. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008. p.215-46.
58. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(4):921-4. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>
59. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7. <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>
60. Wallace SP, Gutiérrez VF. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):394-409. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000500012>
61. Wan TTH, Odell BG. Factors Affecting the Use of Social and Health Services Among the Elderly. *Ageing Soc*. 1981;1(1):95-115. <https://doi.org/10.1017/S0144686X81000068>
62. Wang HH, Wang JJ, Lawson KD, Wong SY, Wong MC, Li FJ et al. Relationships of multimorbidity and income with hospital admissions in 3 health care systems. *Ann Fam Med*. 2015;13(2):164-7. <https://doi.org/10.1370/afm.1757>
63. Wolinsky FD, Coe RM, Miller DK, Prendergast JM, Creel MJ, Chávez MN. Health services utilization among the noninstitutionalized elderly. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):325-37. <https://doi.org/10.2307/213639964>



64. Wolinsky FD, Coe RM. Physician and hospital utilization among noninstitutionalized elderly adults: an analysis of the Health Interview Survey. *J Gerontol.* 1984;39(3):334-41. <https://doi.org/10.1093/geronj/39.3.334>
65. Wolinsky FD, Johnson RJ. The use of health services by older adults. *J Gerontol.* 1991;46(6):S345-57. <https://doi.org/10.1093/geronj/46.6.S345>

---

**Contribuição dos Autores:** Coleta de dados: APSCA, BPN. Análise e interpretação dos dados: APSCA, BPN, SMSD, LAF. Redação do manuscrito: APSCA, BPN, SMSD. Revisão crítica do manuscrito: APSCA, BPN, SMSD, LAF.

**Conflito de Interesses:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.