

ARTIGO ORIGINAL

COMPARAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA DE LONGEVOS COM ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS OU PRIVADOS

COMPARISON OF FUNCTIONAL CAPACITY AND QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS WITH ACCESS TO PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SERVICE

Michele Figueira Nunes ¹ Guilherme Carlos Brech ² Rita de Cássia Ernandes ³ Adriana Machado-Lima ⁴ Marta Ferreira Bastos ⁵ Rita de Cássia Aquino ⁶ Angelica Castilho Alonso ⁷

¹ Graduada em Fisioterapia. Mestre em Ciências do Envelhecimento/USJT. E-mail: michelefnunes@yahoo.com.br

² Graduada em Fisioterapia. Doutor em Ortopedia e Traumatologia. PPG em Ciências do Envelhecimento/USJT. E-mail: guilherme.brech@saojudas.br

³ Graduada em Educação Física. Mestre em Ciências do Envelhecimento/USJT. PPG em Ciências do Envelhecimento/USJT. E-mail: rita.ernandes19@gmail.com

⁴ Graduada em Nutrição. Doutora em Ciências (Endocrinologia). PPG em Ciências do Envelhecimento/USJT. E-mail: adriana.lima@saojudas.br

⁵ Graduada em Biomedicina. Doutora em Ciências (Biologia Molecular). PPG em Ciências do Envelhecimento/USJT. E-mail: marta.bastos@saojudas.br

⁶ Graduada em Nutrição. Doutora em Saúde Pública. PPG em Ciências do Envelhecimento/USJT. E-mail: rita.aquino@saojudas.br

⁷ Graduada em Educação Física e Fisioterapia. Doutora em Ciências da Saúde. PPG em Ciências do Envelhecimento/USJT. E-mail: angelica.alonso@saojudas.br

Resumo

Introdução: o Brasil está entre os países com ritmo mais acentuado de envelhecimento populacional. Nesse contingente, um subgrupo também está em crescimento, os idosos de 80 anos ou mais. Parte da população opta por utilizar serviços de saúde privados em busca de melhor atendimento. **Objetivo:** comparar a capacidade funcional (CF), a qualidade de vida (QV) e as características sociodemográficas de idosos longevos, usuários de serviços de saúde públicos ou privados. **Método:** participaram do estudo 78 idosos com média de idade 82,7±2,9 anos, de ambos os sexos, divididos em dois grupos: Grupo 1 – Grupo privado e Grupo 2 – Grupo público. **Materiais:** Miniexame do Estado Mental (MEEM) para rastreio cognitivo, Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) para avaliação do estado psicológico, Short Physical Performance Battery (SPPB), dinamômetro para avaliar a força de preensão manual para desempenho físico, e questionários World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Older Adults Module (WHOQOL-Old) e Word Health Organization Quality of Life Questionnaire-Bref (WHOQOL-Bref) para QV. **Resultados:** o grupo privado apresentou melhor função cognitiva e maior número de consultas realizadas no último ano; não houve diferença entre os grupos para a CF e a QV. **Conclusão:** a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos longevos não estão relacionadas ao tipo de serviço de saúde aos quais eles têm acesso. Os resultados mostraram que os grupos com acesso a serviços privados apresentaram melhor desempenho cognitivo e maior número de consultas médicas no último ano.

PALAVRAS-CHAVE

Envelhecimento. Idoso de 80 anos ou mais. Assistência à saúde. Qualidade de vida relacionada à saúde. Incapacidade funcional.

Abstract

Introduction: Brazil is among the countries with the highest rate of population aging. In this contingent, a subgroup is also growing, the elderly aged 80 and over. Part of the population chooses to use private health services in search of better care. **Objective:** To compare the FC, the QoL of life, and the sociodemographic characteristics of long-lived elderly users of public or private health services. **Method:** The study included 78 elderly people with a mean age of 82.7 (± 2.9) years, of both sexes, divided into two groups: Group 1 - Private group and Group 2 - Public group. **Materials:** Mini Mental State Examination (MMSE) for cognitive screening, the Geriatric Depression Scale (EDG-15) for psychological status assessment, Short Physical Performance Battery (SPPB) for physical performance, dynamometer for handgrip strength, and World

questionnaires Health Organization Quality of Life Questionnaire-Older Adults Module (WHOQOL-Old) and Word Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) for QOL. Results: The private group had a better cognitive function and more consultations in the last year; there was no difference between the groups for QOL and CF. Conclusion: The functional capacity and quality of life of long-lived elderly people are not related to the type of health service to which they have access. The results showed that groups with access to private services had better cognitive performance and a higher number of medical consultations in the last year.

KEYWORDS

Aging. Aged 80 and over. Delivery of health care. Health related quality of life. Chronic Limitation of activity.

1 INTRODUÇÃO

A proporção de idosos no Brasil é de 10,8%, e este está entre os países com ritmo mais acentuado de envelhecimento populacional. Em 2050, espera-se que 12 milhões de idosos irão necessitar de cuidados médicos. A magnitude desse problema decorre da grande demanda por assistência de saúde, estimando-se que entre 75% e 80% das pessoas acima dos 60 anos apresentam ao menos uma doença crônica (IDB BRASIL, 2012; MINAYO; SOUZA, 2009).

Nesse contingente, um subgrupo também está em crescimento, os idosos de 80 anos ou mais. Serão cerca de 19 milhões, correspondendo a mais de 8% da população total em 2060 (IBGE, 2018a). Esse fenômeno torna necessária a implementação de políticas públicas específicas, adequando programas e ações para efetivamente contribuir para a qualidade de vida (QV) na velhice avançada (OMS, 2015; PORCIÚNCULA et al., 2014).

Historicamente, o sistema de saúde brasileiro conta com entidades assistenciais públicas e privadas. Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), aqueles que não tinham recursos financeiros para recorrer ao atendimento privado dependiam da caridade de médicos e das Santas Casas. Foi, então, criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para atender aos trabalhadores e, em 1991, com a implantação do SUS, o acesso aos serviços de saúde foi universalizado (CARVALHO, 2013; VIACAVA et al., 2018).

Apesar dos princípios de universalidade e de integralidade do SUS, o atendimento ainda é desigual. Parte da população opta por utilizar serviços de saúde privados, principalmente por meio dos planos e seguros de saúde, em busca de melhor atendimento (CARVALHO, 2013; VIACAVA et al., 2018). De maneira geral, a assistência aos idosos, na rede dos municípios, acontece de modo insuficiente. Embora já existam políticas públicas e ampla legislação sobre os direitos e a saúde do idoso, na prática, isso não se concretizou; ações de promoção à saúde isoladas e pontuais atualmente ficam muito aquém do previsto na legislação (OLIVEIRA et al., 2017).

Tanto a capacidade funcional (CF) como a qualidade de vida (QV) têm conceitos amplos, abrangendo complexidades relacionadas à saúde (OMS, 2015; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005). Aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais podem ser avaliados, possibilitando detectar possíveis riscos à dependência futura (OMS, 2015; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Apesar da Constituição Federal do Brasil prever o direito à saúde como um dever do Estado, estudos apontam para a insuficiência dos serviços prestados, podendo haver impacto na CF e QV de idosos

octogenários, relacionada ao seu acesso aos serviços de saúde (MONTENEGRO; SILVA, 2018; VIACAVA et al., 2018).

A longevidade no Brasil, a alteração da QV e CF inerente ao processo de envelhecimento justificam a realização de estudos para estabelecer relações entre o acesso aos serviços público/privado, assim como as demandas para atender a essa população.

Assim, o objetivo deste estudo foi comparar a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos longevos, usuários de serviços de saúde públicos e privados.

2 Método

Este estudo é parte integrante do projeto intitulado “Padrões de envelhecimento físico, cognitivo e psicossocial em idosos longevos que vivem em diferentes contextos”, proposto pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) dessa mesma instituição de ensino, com o número do CAAE: 49987615.3.0000.5404, oriundo do processo nº 88881.068.447/2014-01 CAPES/PROCAD, em parceria com a Universidade Católica de Brasília (UCB) e a Universidade de Passo Fundo (UPF).

Foi estabelecida uma parceria entre as “partes”, na qual a Universidade São Judas Tadeu (USJT) ficou responsável por definir os seus objetivos e os respectivos trabalhos a serem desenvolvidos a partir da ideia proposta. Assim, foi desenvolvido o projeto de pesquisa intitulado “Padrões de envelhecimento físico, cognitivo e psicossocial em idosos longevos que vivem em diferentes contextos comunitários”, proposto pela USJT e aprovado pelo CEP desta mesma instituição de ensino, com o número do CAAE: 56493316.0.0000.0089, oriundo do parecer nº 1.693.318.

Trata-se de um estudo transversal, com 78 idosos de ambos os sexos, com mais de 80 anos, moradores do complexo metropolitano e expandido de São Paulo, vivendo em diferentes contextos comunitários.

Por meio de um questionário, todos os participantes informaram dados pessoais, percepção de saúde e acesso aos serviços de saúde públicos e/ou privados. Foram incluídos, neste estudo, todos os idosos ≥ 80 anos, que concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Por qualquer motivo, aqueles que não puderam prestar as declarações necessárias ao preenchimento dos questionários e/ou realizar as avaliações físicas previstas no protocolo de pesquisa foram excluídos desta pesquisa.

Dessa forma, foram formados dois grupos: Grupo 1 – Grupo privado (usuários de plano ou seguro saúde) e Grupo 2 – Grupo público (usuários do sistema público de saúde).

O primeiro passo foi avaliar as funções cognitivas por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM), validado no Brasil. Composto de diversas questões agrupadas em categorias e escores que variam de zero a 30 pontos, sua aplicação mensura orientação, atenção e cálculo, habilidade visual-construtiva, linguagem e evocação. O ponto de corte utilizado para este estudo foi o estabelecido por Lourenço e Veras (2006), 18-19 e 24-25 pontos, segundo ausência e presença de instrução escolar formal prévia, respectivamente (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Para avaliar a presença de sintomas depressivos, utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), traduzida e adaptada para a população brasileira. Composta de 15 perguntas com respostas afirmativas ou negativas, a pontuação pode variar de zero a 15. O ponto de corte sugerido é o 5/6 (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

A Short Physical Performance Battery (SPPB) foi aplicada para avaliar o desempenho físico. Composta de três testes, que avaliam o equilíbrio estático em pé, a velocidade de marcha em passo habitual e a força muscular dos membros inferiores (MMII), sua pontuação varia numa escala de zero (pior desempenho) a quatro pontos (melhor desempenho), para cada teste (NAKANO, 2007).

A força de preensão palmar (FPP) foi avaliada com um dinamômetro mecânico. O resultado foi classificado de acordo com parâmetro preconizado para esta faixa etária, $\geq 20\text{kg/f}$ para mulheres e $\geq 30\text{kg/f}$ para homens (ALONSO et al., 2018).

E por último, a avaliação da QV foi feita por meio de questionários adaptados para a população brasileira, o World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Older Adults Module (WHOQOL-Old) e o World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Bref (WHOQOL-Bref), compostos de perguntas subdivididas em domínios (ERNANDES et al., 2020; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

3 Análise de Dados

Os dados coletados foram armazenados e analisados no programa Statistical Package of Social Science (SPSS), versão 20.0 para Windows (SPSS, Inc.). As variáveis foram apresentadas por meio de média e desvio-padrão, frequência e porcentagem.

Para verificar se as variáveis contínuas apresentaram distribuição normal, foi utilizado o teste de Komogorov-Smirnov. Em seguida, foi aplicado o teste U Mann-Whitney para comparação entre os grupos. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

4 Resultados

A amostra foi composta de idosos com média de idade de $82,7 \pm 2,9$ (variando de 80 a 94 anos), e mediana de 82 anos. A escolaridade foi registrada em anos de estudo, e não há diferença entre os grupos, porém a variação nos dois grupos foi muito expressiva. No grupo privado, a variação foi de 16 anos (de 0 a 16), enquanto, no grupo público, foi de 44 anos (0 a 44).

Na caracterização da amostra (Tabela 1), observamos a prevalência de usuários da raça branca tanto no sistema de saúde privado (93,6%), quanto no sistema de saúde pública (67,7%), sendo que a diferença entre os usuários pardos foi proporcionalmente invertida, havendo 25,8% no sistema público, e apenas 2,1% no sistema privado.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos longevos participantes

		Grupo Privado (n=47)		Grupo Público (n=31)		
		F	%	F	%	χ² (p)
Sexo	Homem	16	34,0	11	35,5	0,017(0,543)
	Mulheres	31	66,0	20	64,5	
Estado Civil	Casado	19	40,4	12	38,7	1,582(0,663)
	Solteiro	1	2,1	0	0	
	Divorciado	1	2,1	2	6,5	
	Viúvo	26	55,3	17	54,8	
Raça	Branca	44	93,6	21	67,7	10,753(0,005) *
	Preta	2	4,2	2	6,5	
	Parda	1	2,1	8	25,8	
Avaliação Subjetiva da Saúde						
	Ruim	1	2,1	1	3,2	2,942(0,401)
	Regular	13	27,7	13	41,9	
	Boa	25	53,2	15	48,4	
	Muito boa	8	17,0	2	6,5	
Cuidado da saúde						
	Ruim	0	0	1	3,2	5,093(0,165)
	Regular	5	10,6	7	22,6	
	Bom	21	44,7	15	48,4	
	Muito bom	21	44,7	8	25,8	

Fonte: elaborada pelos autores.

 Teste do χ^2 * p<0,05

Na Tabela 2, observamos que não houve diferença significativa entre os grupos quanto à capacidade funcional e à qualidade de vida.

Percebemos que os indivíduos com acesso a planos ou seguros de saúde realizam mais consultas médicas anuais que os usuários dos serviços públicos.

Também encontramos diferenças significativas quanto à capacidade cognitiva entre os grupos, mais uma vez, vantagem para os usuários de serviços privados.

Não houve diferença em relação à renda (p=0,87).

Tabela 2 – Comparação entre os idosos com acesso ao serviço de saúde privado *versus* público

	Grupo Privado (n=47)			Grupo Público (n=31)			
	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	<i>p</i>
Idade (anos)	82	82,9	3,1	82	82,5	2,5	0,76
Escolaridade (anos)	4	6,6	4,1	4	6,5	8,4	0,13
Renda	2.200,00	2.388,3	1.862,5	1.874,00	1.943,1	2.802, 27	0,87
Consultas médicas no último ano							
Número de consultas	5	6,81	6,4	3	4,47	4,74	0,01*
Capacidade funcional							
Força de pressão palmar (kg/f)	15	18,7	7,3	20	19,6	6,7	0,43
Caminhada (s)	6	6,2	2,2	6	5,6	4,3	0,84
Teste sentar e levantar (s)	16	18,6	7,4	16	16,8	7,7	0,41
SPPB	8	7,4	2,6	8	7,9	2,8	0,78
Rastreio cognitivo e psicológico							
MEEM	26	25,1	4	24	23,1	4,8	0,04*
EDG-15	4	3,7	2,2	4	3,6	2,2	0,92
Qualidade de vida							
WHOQOL-Bref (%)							
Físico	71	69,3	15,8	75	72,1	15,6	0,72
Psicológico	71	72,7	12,6	71	68,6	11,2	0,55
Social	75	72,1	13,8	67	68,7	15,6	0,89
Ambiental	69	71,3	13	66	64,9	12,8	0,53
Pontuação total	68	71,6	11,1	69	69,1	9,2	0,62
WHOQOL-Old (%)							
Funcionamento sensorial	75	69,0	24,4	75	71,8	26,7	0,78
Autonomia	62	62,9	17,4	69	65,9	18,1	0,73
Atividades presentes, passadas e futuras	75	74,2	18,3	81	75,4	13,6	0,9
Participação social	69	69,2	16,5	75	73,2	13,5	0,6
Morte e morrer	62	68,3	27,3	62	67,2	24,8	0,78
Intimidade	75	74,9	19,1	75	73,9	18,1	0,37
Pontuação total	68	69,8	12,4	69	71,3	11,3	0,8

Teste U Mann-Whitney

* $p < 0,05$

Fonte: elaborada pelos autores.

Legenda: Short Physical Performance Battery – SPPB; Miniexame do Estado Mental – MEEM; Escala de Depressão Geriátrica - EDG-15; World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Bref - WHOQOL-Bref.; World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Older Adults Module - WHOQOL-Old.; DP desvio-padrão.

5 Discussão

Na população estudada, os principais achados indicam que a capacidade funcional e a qualidade de vida não diferem entre os grupos com acesso a serviços de saúde, seja o atendimento prestado público ou privado. Os usuários do serviço privado tiveram maior número de consultas, o que pode estar relacionado à

facilidade de marcação de consultas e à possibilidade de escolha do médico ou da especialidade com o/a qual deseja tratar.

Um fenômeno mundial também encontrado no presente estudo está relacionado à feminização da amostra. No Brasil, a saúde da mulher ganhou grande atenção, em 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o qual é oferecido no SUS e no sistema de saúde privado, tendo como objetivo viabilizar a proposta de um atendimento integral, focando na mulher e nas suas necessidades específicas, o que pode contribuir para a diminuição da mortalidade feminina e o aumento da expectativa de vida (IBGE, 2013).

Quanto à raça, nossa amostra é predominantemente branca (93,6%), tendo sua maior percentagem em usuários do sistema privado. Essa proporção de brancos se torna significativa quando a comparamos com a proporção de 46,3% de brancos na população em geral (IBGE, 2013, 2018b). Segundo o IBGE, a raça branca têm maior acesso aos serviços de planos de saúde privados (37,9%) quando comparada à parda (18,7%) (IBGE, 2018b).

Embora não tenham sido encontradas diferenças significantes em relação à renda desses idosos, os efeitos das desigualdades sociais e econômicas sobre a longevidade saudável têm sido evidenciados em estudos nacionais e internacionais, com resultados desfavoráveis para grupos desprotegidos. No Rio de Janeiro, entre pessoas de 65 anos ou mais, a maior concentração da população está em comunidades pobres. Na Inglaterra, um estudo que combinou indicadores de QV relacionada à saúde com dados de mortalidade mostrou diferença de 11 anos na expectativa de vida quando feita uma análise socioeconômica (BOCCOLINI; DE SOUZA JUNIOR, 2016).

Não houve diferença em relação à autopercepção da saúde e dos cuidados da saúde entre os grupos. Ambos consideraram a percepção de saúde como regular e boa e o cuidado da saúde como bom e muito bom. Isto é um dado relevante, pois a autopercepção de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional. Além disso, é um importante indicador de mortalidade, uma vez que as pessoas, que relatam sua saúde como sendo pobre, apresentam maior risco à mortalidade por todas as causas de morte em comparação com aquelas que relatam ter uma saúde excelente (DUARTE et al., 2020; MARCELLINI et al., 2002; OFSTEDAL et al., 2003).

O grupo privado recorreu, no último ano, a um número maior de consultas. Como possíveis causas para esse achado, podemos indicar as diferenças de legislação, de comportamento e a facilidade de acesso aos profissionais. Em relação a esse comportamento, um estudo aponta que a utilização dos serviços de saúde privados é duas vezes maior em relação aos serviços públicos, podendo considerar que, possivelmente, há maior demanda por cuidados preventivos nessa população (BOCCOLINI; DE SOUZA JUNIOR, 2016). No Brasil, comparando usuários da saúde privada versus pública, constatou-se que a motivação mais prevalente para procurar atendimento de saúde foi a doença seguida de cuidados preventivos nas duas populações. No entanto, a proporção de indivíduos que procuram atendimento por doença foi maior entre os usuários do SUS (58,4% vs 40,9%), e a dos que procuram serviços para cuidados preventivos foi maior entre os usuários de serviços de saúde privados (26,1% vs 23,5%) (BOCCOLINI; DE SOUZA JUNIOR, 2016).

Em relação à facilidade de acesso, ficou demonstrado que o maior número de consultas, no serviço privado, está relacionado à facilidade e à possibilidade de escolha, em contraponto, no serviço público, há uma falta de liberdade para escolher o médico e, também, longo tempo de espera para ser atendido. Um estudo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) demonstra que, entre os que fizeram agendamento para a consulta médica em estabelecimentos privados, 82,1% o fizeram por telefone e 7,0% por meio de visita à unidade de saúde. Opostamente, para as consultas realizadas no setor público, a proporção de agendamento por telefone foi de 11,7%, e a marcação de consulta, por meio de visita ao estabelecimento, ocorreu em 61,7% dos atendimentos (ANS, 2000).

Em conformidade com aspectos legais, há uma regulamentação da ANS para o setor privado que determina o prazo máximo de atendimento, em dias úteis, de até sete dias para consulta básica; 14 dias para especialidades e 21 dias, no máximo, para procedimentos de alta complexidade. As emergências devem ter

atendimento imediato (STOPA et al., 2017). Em decorrência da forma de organização, os planos de saúde privados oferecem mais consultas com especialistas, e seus usuários buscam atenção predominantemente em consultórios particulares ou clínicas privadas. Em contraste, o sistema público oferece mais consultas com médicos generalistas, e o local predominante da procura por atenção é a UBS (OLIVEIRA et al., 2017).

Ainda, se formos considerar a relação com a disponibilidade do serviço público, dados revelam que entre os 15,4% dos indivíduos que procuraram uma consulta de saúde nas duas semanas anteriores, 4,7% não foram atendidos. O motivo do não atendimento foi a falta de médico (43%), a falta de consultas (36,2 %) e a falta de pessoal especializado (7,1%) (SZWARCWALD et al., 2015).

Nossa hipótese foi negada, pois acreditávamos que idosos longevos com acesso ao serviço de saúde privado apresentariam maior CF e QV que os usuários do serviço público, e não houve diferença significativa entre eles.

É importante destacar que ambos os grupos tiveram acesso a consultas médicas e serviços de saúde, pois a amostra analisada provém do complexo metropolitano expandido de São Paulo, região Sudeste do Brasil, que representa um percentual três vezes maior que a região Norte/Nordeste em número de UBS, salientando que, nas áreas urbanas, a proporção é maior (31,7%) comparada às áreas rurais (6,2%) (SZWARCWALD et al., 2015, 2016; KLOMPSTRA et al., 2019; SZWARCWALD et al., 2015, 2016). Além disso, a região Sudeste tem o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a maior cobertura de planos de saúde do país (MALTA et al., 2016).

A capacidade cognitiva do grupo com acesso ao serviço de saúde privado foi estatisticamente superior a do grupo público, no entanto, ambos estavam dentro do ponto de corte considerado normal, entre 24 e 30 pontos (DE MELO; BARBOSA, 2015). A condição cognitiva está associada à percepção de bem-estar e QV (DAVIS et al., 2015). De acordo com Moraes (2012), a cognição é responsável pela capacidade de decisão e é fundamental para a manutenção da autonomia. Sua função pode ser importante para independência e melhor QV entre os idosos. No primeiro estudo nacional da população de 50 anos ou mais, a comparação da função cognitiva entre cinco macrorregiões brasileiras comprovou que residentes das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram melhor função cognitiva (MORAES, 2012).

O estudo de Ferrer et al. (2015) sobre fatores preditores de QV em octogenários demonstra que status funcional alto e estado nutricional são fatores preditores de QV em contraste à fragilidade, que tem significativo impacto negativo na vida dos longevos. Considerando esses dados, era de se esperar que a QV e a CF desses idosos fossem consideradas boas, uma vez que o grupo analisado provém, em maior parte, de instituições especializadas em promoção de saúde a idosos. Estes participam de atividades físicas e sociais, tem aparente autonomia, independência, funcionalidade e sociabilidade.

É importante salientar que a CF preservada está associada à longevidade. Em um estudo de coorte realizado na Suécia, país com um dos melhores índices de expectativa de vida, foram examinadas associações longitudinais entre o envelhecimento e a funcionalidade preservada, no qual, 57% dos participantes sobreviveram aos 85 anos e 75%, com idade média de 87 anos, apresentaram envelhecimento independente. Estilo de vida saudável foi associado à sobrevida e ao envelhecimento independente (FRANZON et al., 2017).

As limitações do estudo estão relacionadas à própria complexidade do conceito de QV, que é multifatorial e envolve bem-estar, condições biopsicossociais, culturais e espirituais. Assim como vários fatores influenciam a CF. Além do mais, a pesquisa foi desenvolvida apenas na região Sudeste do Brasil, o que não reflete a realidade dos idosos em geral, nem as desigualdades do país, principalmente nas regiões mais carentes. A distribuição desigual das UBS provavelmente leva a quadros diferentes do achado na presente pesquisa. Deve-se observar, ainda, a grande variabilidade entre os planos e os seguros de saúde ofertados, apresentando diferentes faixas de preço e enorme variação na qualidade dos serviços, sendo que tal variação pode impactar os resultados obtidos. Ademais, os idosos longevos apresentam mais alterações sensoriais, principalmente cognitivas, auditivas e visuais, que podem mascarar os resultados.

Nossos resultados são consistentes com padrões de estudos que mostram que, independentemente do sistema de saúde (público ou privado), a limitação funcional não está associada ao tipo de médico atendente, nem à existência de serviço ou de profissional de referência.

Caso não sejam ampliadas medidas efetivas para a promoção de saúde e de prevenção nos seus vários níveis, o aumento da demanda por atenção à saúde será inevitável tanto para o sistema público de saúde, como para o privado (SILVA et al., 2017).

6 Conclusão

A capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos longevos não estão relacionadas ao tipo de serviço de saúde aos quais eles têm acesso. Os resultados mostraram que os grupos com acesso a serviços privados apresentaram melhor desempenho cognitivo e maior número de consultas médicas no último ano.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução De Diretoria Colegiada – RDC Nº 39, de 27 de outubro de 2000. 2000. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ALONSO, A. C. et al. Association between handgrip strength, balance, and knee flexion/extension strength in older adults, **PLoS ONE**, [s.l.], v. 13, n. 6, p. e0198185, 2018.

BOCCOLINI, C. S.; DE SOUZA JUNIOR, P. R. B. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 150, dez. 2016.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, [s.l.], v. 27, n. 78, p. 7–26, 2013.

DAVIS, J. C. et al. Mobility and cognition are associated with wellbeing and health related quality of life among older adults: a cross-sectional analysis of the Vancouver Falls Prevention Cohort, EUA, **BMC Geriatrics**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 75, dez. 2015.

DE MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: Uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 12, p. 3865–76, 2015.

DUARTE, R. et al. Relationship Between Self-Perception of Health, Functional Capacity and Cognition in Octogenarians. **Psicologia, Saúde & Doença**, [s.l.], v. 21, n. 03, p. 896–908, 2020.

ERNANDES, R. de C. et al. Impact of Diabetic Neuropathy on Quality of Life and Postural Balance in Brazilian Older Adults. **Acta Ortopédica Brasileira**, [s.l.], v. 28, n. 6, p. 275–279, 2020.

FERRER, A. et al. Predicting factors of health-related quality of life in octogenarians: a 3-year follow-up longitudinal study. **Quality of Life Research**, [s.l.], v. 24, n. 11, p. 2701–2711, nov. 2015.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 40, n. 5, p. 785–91, 2006.

FRANZON, K. et al. Predictors of Independent Aging and Survival: A 16-Year Follow-Up Report in

Octogenarian Men. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 65, n. 9, p. 1953–1960, set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde - 2013**. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=297329>>. Acesso em: 17 set. 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da População – 2018**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 17 set. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017 – 2017**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 17 set. 2020.

IDB BRASIL. **Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2012**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 1 jan. 2019.

KLOMPSTRA, L. et al. Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. **BMC Geriatrics**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 187, dez. 2019.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 40, n. 4, p. 712–9, 2006.

MALTA, D. C. et al. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. **International Journal for Equity in Health**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 153, dez. 2016.

MARCELLINI, F. et al. Health perception of elderly people: The results of a longitudinal study. EUA. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, [s.l.], v. 35, p. 181–189, 2002.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. Informe de situação e tendências: demografia e saúde. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE. **Demografia e Saúde - Contribuição para Análise de Situação e Tendências**, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009, p. 29–34.

MONTENEGRO, P. D. C. S. P.; SILVA, V. Z. M. Análise das políticas de saúde da pessoa idosa no brasil e no distrito federal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 10, n. Especial, p. 3, jun. 2018.

MORAES, E. N. De. **ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NAKANO, M. M. **Versão brasileira da Short Physical Performance Battery SPPB**: adaptação cultural e estudo da confiabilidade. 2007. 181f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. 2007.

OFSTEDAL, M. B. et al. Self-Assessed Health Expectancy Among Older Asians: A Comparison of Sullivan and Multistate Life Table Methods. **Semantic Scholar**, [s.l.], 2003.

OLIVEIRA, T. R. P. R. de et al. Promoção da saúde e intersetorialidade na rede de atenção ao idoso.

Geriatrics, Gerontology and Aging, [s.l.], v. 11, n. 4, p. 182–188, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. **Organização Mundial de Saúde**, [s.l.], v. 1, p. 1–29, 2015.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 39, n. 6, p. 918–923, dez. 2005.

PORCIÚNCULA, R. de C. R. da et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 315–325, 2014.

SILVA, A. M. de M. et al. Use of health services by Brazilian older adults with and without functional limitation. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, p. 1S-9S, 2017.

STOPA, S. R. et al. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. suppl 1, 2017.

SZWARCWALD, C. L. et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. suppl 2, p. 33–44, dez. 2015.

SZWARCWALD, C. L. et al. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 141, dez. 2016.

VIACAVAL, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 1751–1762, 2018.

Submissão: 20/02/2022

Aceite: 03/05/2023

Como citar o artigo:

NUNES, Michele Figueira et al. Comparação da capacidade funcional e da qualidade de vida de longevos com acesso aos serviços de saúde públicos ou privados. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, vol. 28, 2023. DOI: 10.22456/2316-2171.132951

