

Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil*

doi: 10.5123/S1679-497420140003000004

Prevalence of medical appointments and associated factors among adults in a low-income community in southern Brazil

Gisele Alsina Nader Bastos

Gerência de Responsabilidade Social, Hospital Moinhos de Vento e Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Ciências da Saúde, Porto Alegre-RS, Brasil

Erno Harzheim

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

Aline Iara de Sousa

Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre-RS, Brasil

Resumo

Objetivo: estimar a prevalência de consultas médicas, nos três meses que antecederam à entrevista, em adultos de 20 anos ou mais, de uma comunidade de baixa renda, do Sul do Brasil, em 2009. **Métodos:** foi realizado estudo transversal, com análise ajustada por meio de Regressão de Poisson. **Resultados:** a prevalência de consulta médica nos 3.391 entrevistados foi 76,2% (Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}: 74,8; 77,6%) no último ano e 64,8% (IC_{95%}: 63,0; 66,7%) nos últimos três meses, maior entre as mulheres (67,8%) do que entre os homens (60,2%) ($p < 0,001$). Na análise ajustada, para homens, o desfecho associou-se mais fortemente: ao aumento de idade ($p = 0,001$) e autopercepção de saúde ruim/muito ruim ($p < 0,001$). Entre mulheres, ao aumento da idade ($p = 0,001$), possuir médico de referência ($p = 0,001$), local usual de atendimento ($p < 0,001$) e morbidades ($p = 0,001$). **Conclusões:** a diferença na utilização de consultas deve ser considerada no planejamento e organização do acesso.

Palavras-chave: Serviços de Saúde/Utilização; Estudos Transversais; Fatores Socioeconômicos.

Abstract

Objective: to estimate medical appointment prevalence during the three months prior to interview, in adults aged ≥ 20 from a low-income community in Southern Brazil in 2009. **Methods:** Cross-sectional study with analysis adjusted using Poisson regression. **Results:** 3391 people were interviewed. Medical appointment prevalence was 76.2% (95%CI 74.8, 77.6) in the last year and 64.8% (95%CI 63.0, 66.7) in the last three months: 67.8% in females (95%CI 65.5, 70.1) ($p < 0.001$); 60.2% in males (95%CI 57.1, 63.2). Adjusted analysis outcome in males was more strongly associated with increasing age ($p = 0.001$) and poor/very poor self-rated health ($p < 0.001$). In females association was with increasing age ($p = 0.001$), seeing the same physician ($p = 0.001$), usual place of care ($p < 0.001$) and morbidities ($p = 0.001$). **Conclusions:** differences in appointment use should be considered when planning and organizing access.

Key words: Health Service Use. Cross-Sectional Studies. Socioeconomic Factors.

* Trabalho baseado na Tese de Doutorado de Gisele Alsina Nader Bastos apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no ano de 2011.

Endereço para correspondência:

Gisele Alsina Nader Bastos – Rua Ramiro Barcelos, 910, Bairro: Moinhos de Vento, Porto Alegre-RS, Brasil. CEP: 90035-001
E-mail: gnader@terra.com.br

Introdução

O motivo pelo qual uma pessoa utiliza os serviços de saúde e, particularmente, procura uma consulta com um médico, surge da combinação entre fatores sociais, físicos e psicológicos.¹ A utilização de serviços e a cobertura alcançada refletem, não apenas a morbidade, mas também a disponibilidade de serviços, a propensão a utilizá-los e a necessidade em saúde percebida pela pessoa ou derivada do próprio sistema de saúde.¹ Sendo assim, a avaliação da utilização de serviços de saúde permite detectar iniquidades no sistema e contribui para o seu contínuo aperfeiçoamento.²

A necessidade em saúde pode ser concebida, dessa maneira, como qualquer distúrbio da saúde e do bem-estar, tanto do ponto de vista do indivíduo como da percepção do profissional, que possa acarretar demanda ao Sistema de Saúde.³ Ao se medir a utilização, se está, portanto, estudando o acesso aos serviços e, conseqüentemente, ao se avaliar utilização e acesso por grupos, também está se investigando a equidade.

A avaliação da utilização de serviços de saúde permite detectar iniquidades no sistema e contribui para o seu contínuo aperfeiçoamento.

Na saúde pública, acesso é um conceito que permite identificar o grau de ajuste entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços de saúde, ou seja, relaciona necessidades e particularidades de um determinado grupo de população à conversão destas demandas em utilização futura dos serviços. Desta forma, os determinantes da utilização dos serviços de saúde estão relacionados às necessidades de saúde, às características demográficas, às disponibilidades de profissionais, à organização dos serviços de saúde e aos mecanismos de financiamento.⁴

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD),⁵ realizada no ano de 2008, revelam que 67,7% da população brasileira se consultou com um profissional médico, nos doze meses que antecederam a entrevista. Além disso, a quase totalidade dos indivíduos que possuem um serviço, de uso regular, referiu que este é do tipo ambulatorial. Considerando o acima exposto, bem como o fato de a Atenção Primária

à Saúde ser capaz de resolver até 90% dos problemas de saúde, com redução de iniquidades,⁶ o atendimento ambulatorial deve ser foco de maior atenção em qualquer programa que se proponha a otimizar os recursos destinados à saúde e a priorizar a equidade.

Dessa forma, o objetivo principal do presente estudo foi estimar a prevalência de consultas médicas, nos três meses que antecederam à entrevista, em adultos de 20 anos ou mais de uma comunidade de baixa renda, do Sul do Brasil, em 2009, e seus fatores associados, de modo que os resultados obtidos possam auxiliar no planejamento de ações que visem ao estabelecimento de um sistema de saúde sólido e capaz de atender à demanda da população de maneira equânime.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, de base populacional, no período de julho a dezembro de 2009, cuja população alvo foram os adultos com 20 ou mais anos de idade, moradores de uma área de vulnerabilidade social da cidade de Porto Alegre, RS.

O estudo foi realizado em dois Distritos Sanitários. O Distrito Sanitário Restinga é composto pelo bairro de mesmo nome, e o Distrito Sanitário Extremo-Sul, por um grupo de bairros: Lageado, Lami, Belém Novo, Ponta Grossa e Chapéu do Sol. De acordo com o Censo de 2000, a população era constituída por aproximadamente 90 mil habitantes, e conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),⁷ a taxa de analfabetismo na região estava em torno de 11%, sendo de seis a média de anos completos de estudo. Do total da população residente na Restinga e Extremo Sul, 78% possuíam água encanada e 32,4%, esgoto sanitário. A renda média mensal das famílias era de R\$ 554 e a média de moradores por domicílio era de 3,5. No ano de 2008, as principais causas de hospitalização registradas foram infarto agudo do miocárdio, agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada – em rua ou estrada –, doença pulmonar obstrutiva crônica, broncopneumonia e diabetes. No mesmo ano, as três principais causas de óbitos foram doenças do aparelho circulatório e neoplasias, seguidas pelas causas externas.⁷

Os dados analisados fazem parte de um grande inquérito epidemiológico que servirá para o planejamento de uma rede futura de serviços que será ofertada a

essa comunidade em situação de vulnerabilidade social e onde residem aproximadamente 100 mil habitantes. Em virtude de uma possível desatualização dos dados do IBGE,⁷ que datavam do ano 2000, a primeira etapa da pesquisa consistiu na identificação do número de domicílios existentes, nos 121 setores censitários da região. Ao todo, foram identificados 29.929 domicílios habitados.

Para fins de cálculo de amostra, utilizou-se uma prevalência de consulta médica, nos três meses que precederam a entrevista, de 60%,⁸ nível de confiança de 95% e um erro aceitável de 3 pontos percentuais. Acrescentando-se 10% para perdas e recusas e 15% para controle de possíveis fatores de confusão nas análises de associação, a amostra final estimada para o desfecho de consultas médicas foi de 1.295 indivíduos. Foi realizada amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho do setor censitário. Estimou-se que um total de 1.750 domicílios, aleatoriamente selecionados entre os aproximadamente 30.000 existentes, nos dois distritos sanitários, deveriam ser visitados a fim de se obter o número necessário de indivíduos de cada uma das faixas etárias, para atender a todos os objetivos do estudo, com uma margem de erro aceitável de 3 pontos percentuais. Do total de 121 setores censitários, foram incluídos os 117 domiciliares; apenas os indivíduos institucionalizados e uma aldeia indígena foram excluídos da amostra.

A coleta de dados foi realizada por 30 entrevistadores, devidamente treinados, por meio de aplicação de questionários padronizados e pré-codificados. A fim de testar o questionário e avaliar sua aplicabilidade, foi realizado um estudo piloto em domicílios não sorteados para fazer parte da amostra. Perdas e recusas foram definidas após a não realização da entrevista em, no mínimo, três visitas efetuadas em dias e horários distintos. Para fins de controle de qualidade, 10% da amostra foi entrevistada novamente, por meio de ligações telefônicas, sendo convidada a responder a um questionário simplificado. Dessa maneira, adicionalmente, 10% das entrevistas em cada setor censitário foram aleatoriamente selecionadas para checar se a entrevista havia sido de fato realizada e para avaliar a reprodutibilidade de algumas respostas. Dez questões, cujas probabilidades de terem variado no período da entrevista até o controle de qualidade eram menores, foram repetidas, como, por exemplo, sobre religião, cor da pele autorreferida e hospitalização nos últimos

12 meses. Este controle foi realizado por telefone e, quando identificadas incoerências entre as respostas fornecidas no momento da entrevista e no momento do reteste, os domicílios eram revisitados.

Para avaliação do desfecho – consulta médica nos últimos três meses –, utilizou-se a seguinte pergunta: “Desde (três meses atrás) quantas vezes o Sr.(a) se consultou com médico?”. Foi considerado o período de três meses que precederam a entrevista, a fim de reduzir possível viés de memória.

As variáveis independentes, para fins de análise, foram categorizadas da seguinte forma: idade (20-29, 30-39, 40-49, 50-59 e ≥ 60 anos completos); cor da pele, observada pelo entrevistador (branca e não branca); situação conjugal atual (casado/com companheiro, solteiro, separado e viúvo); classe de consumo, de acordo com a classificação da Associação Brasileira de Pesquisas e Empresas (ABEP)⁹ (A/B, C, D/E); escolaridade (0-4, 5-8, 9-11 e ≥ 12 anos completos); tabagismo (não fumante, fumante e ex-fumante); consumo de álcool (classificado de acordo com o questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT*,¹⁰ e distribuído em uso de baixo risco, 0-7 pontos; uso de risco, 8-15 pontos; e uso nocivo, 16-19 pontos); nível de atividade física (aplicado o Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ¹¹ e considerados sedentários os indivíduos que realizavam menos de 150 minutos de atividade física por semana); Índice de Massa Corporal – IMC (calculado tendo por base peso e altura autorreferidos e definido, de acordo com a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde – OMS,¹² em: $< 18,5$, desnutrido; 18,5-24,9, normal; 24,9-29,9, sobrepeso e > 30 kg/m², obesidade); morbidades (existência de pelo menos uma morbidade autorreferida entre: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença cerebrocardiovascular ou depressão – avaliada pela Escala de Edimburgo¹³ com ponto de corte de 13; autopercepção de saúde (muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim); local usual de atendimento médico (posto de saúde, pronto atendimento, médico conveniado, médico particular ou ambulatório); médico de referência (variável definida como um ou mais anos de consulta com o mesmo médico e ter lembrado o nome do médico na entrevista)¹⁴ e internação hospitalar no último ano, autorreferida, incluindo as internações por parto.

A variável motivo de consulta foi coletada de forma aberta, e posteriormente categorizada em problema

agudo, crônico, administrativo ou consulta de caráter preventivo. Foram consideradas consultas preventivas aquelas em que o entrevistado mencionava ter feito exame de rotina, exames ginecológicos anuais e outros. Consideraram-se consultas por doença aguda as motivadas por doenças com curso rápido e potencialmente curáveis, como, por exemplo, gripe, torções, amigdalite e outras. Foram classificadas como consultas por doenças crônicas aquelas por hipertensão arterial, diabetes, artrose, entre outras. Episódios de descompensação aguda de doenças crônicas (crise hipertensiva, hipoglicemia etc.) foram classificados entre as crônicas. As consultas administrativas foram as referentes à renovação de receitas, solicitação de atestados e exames periciais. Essa categorização foi realizada de forma independente por uma médica de família e comunidade e os casos de dúvida eram discutidos com uma segunda avaliadora.

Os dados foram digitalizados utilizando-se o programa *Office Remark* (Gravic Inc, Philadelphia, Estados Unidos) e analisados no *software* Stata 9.0. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva, na qual foram empregadas proporções (%) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) para variáveis categóricas. Na análise bruta, empregou-se o teste qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas dicotômicas e politômicas nominais e tendência linear

para variáveis categóricas ordinais. Na análise ajustada, foi empregada a regressão de Poisson com variância robusta, com os resultados expressos em razões de prevalências (RP).

A Figura 1 apresenta o modelo hierárquico de análise utilizado na análise ajustada e considerou os possíveis fatores associados ao desfecho. No primeiro e no segundo níveis foram avaliadas as variáveis demográficas e econômicas, tais como idade e cor da pele, observada pelo entrevistador, e as variáveis situação conjugal, escolaridade e classe social. No terceiro nível entraram as variáveis comportamentais ou de estilo de vida, como tabagismo, consumo de álcool, nível de atividade física e IMC. No quarto nível entraram as variáveis relacionadas ao uso do serviço, como local usual de atendimento, médico de referência, internação hospitalar no último ano, e por fim o desfecho – consulta médica nos últimos três meses. Cada bloco de variáveis de um determinado nível era composto por aquelas que obtivessem na análise bruta $p < 0,20$. Aquelas que obtivessem no teste de razões de verossimilhança no bloco $p < 0,05$ eram selecionadas para permanecer no modelo. As variáveis selecionadas no nível anterior seguiam nos modelos subsequentes e foram consideradas como fatores associados à satisfação.

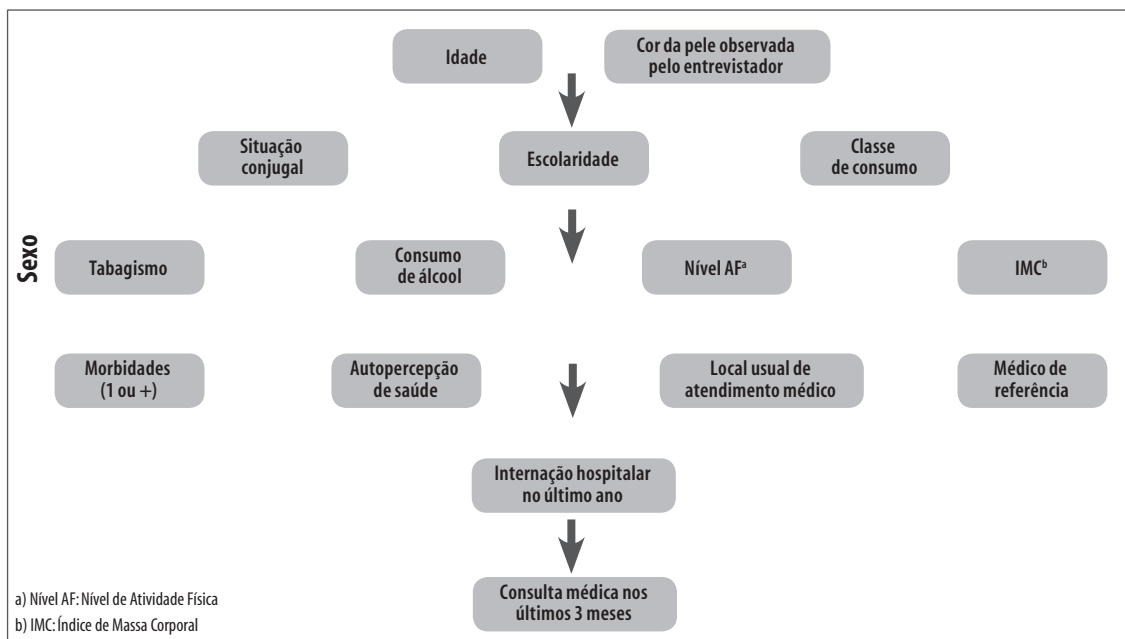


Figura 1 – Modelo hierárquico de análise

Em virtude de o desfecho apresentar prevalências muito diferentes, conforme sexo, todas as análises foram estratificadas por sexo. Na modelagem estatística, adotou-se a estratégia de seleção “para trás” e um nível crítico de valor $p \leq 0,20$ para permanência no modelo para controle de confusão, considerando-se estatisticamente significativos valores $p \leq 0,05$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, sob o número de protocolo 2009/28, recebeu apoio do Ministério da Saúde (MS) e adequou-se à Resolução 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Nos 1.750 domicílios sorteados para fazer parte da amostra foram encontrados 3.699 indivíduos adultos elegíveis, dos quais 3.391 aceitaram participar da pesquisa (91,7%).

As características demográficas e socioeconômicas da população estudada estão apresentadas na Tabela 1. Observou-se discreto predomínio do sexo feminino e de indivíduos na faixa etária dos 20 aos 29 anos de idade. Aproximadamente três quartos dos indivíduos da amostra foram classificados pelos entrevistadores como sendo de cor da pele branca. Em relação à classe de consumo, a maioria dos indivíduos pertencia à classe de consumo C (56%) e possuía oito anos de escolaridade em média (desvio-padrão, 3,5 anos).

Entre os indivíduos amostrados, mais de 40% era tabagista ou ex-tabagista, no momento da entrevista, e 10% encontravam-se nas faixas de consumo de álcool de risco, nocivo ou de dependência. Observou-se que mais da metade da amostra era sedentária e três quintos apresentavam sobrepeso ou obesidade. Aproximadamente 40% dos adultos referiram a existência de pelo menos uma morbidade crônica e um terço da amostra autorreferiu sua saúde como regular, ruim ou muito ruim. Um quarto dos entrevistados referiu possuir um médico de referência e a prevalência de internação hospitalar, no último ano, foi de 12,4% (Tabela 2).

A prevalência de consulta médica, no último ano e nos últimos três meses, foi de 76,2% (IC_{95%}: 74,8; 77,6) e 64,8% (IC_{95%}: 63,0; 66,7), respectivamente. Entre os homens, a prevalência de consulta nos últimos três meses foi de 60,2% (IC_{95%}: 57,1; 63,2) e entre as mulheres esse valor foi de 67,8% (IC_{95%}: 65,5; 70,1) ($p < 0,001$). Nesse mesmo período, a média de con-

sultas da amostra como um todo foi de 1,38 e a média de consultas, entre os que referiram ter se consultado, foi de 2,13.

Os principais motivos de consulta relatados foram agudos (39,1%) e crônicos (31,5%), seguidos por consultas preventivas (26,7%) e motivos administrativos, como busca de atestados ou renovação de receitas (2,7%).

Observou-se um maior predomínio de consultas preventivas entre os indivíduos de classes de consumo A e B, em comparação às classes de consumo D e E (30,5%, 21,7% $p = 0,03$). As mulheres se consultaram mais por motivos preventivos e menos por motivos agudos e crônicos, quando comparadas aos homens ($p = 0,020$).

A frequência de consulta médica nos últimos três meses, em cada segmento amostrado, está descrita na tabelas 3a e 3b, a qual também apresenta os resultados das análises brutas e ajustadas para os sexos masculino e feminino.

Na análise bruta, entre os indivíduos do sexo masculino, o desfecho consulta médica associou-se de forma positiva com o aumento da idade, ter autopercepção de saúde ruim ou muito ruim, possuir médico de referência e morbidades crônicas, consultar-se em locais conveniados ou ambulatoriais e ter sido hospitalizado no último ano. Todas essas associações permaneceram significativas após análise ajustada (tabelas 3a e 3b).

Entre as mulheres, além dos fatores associados, encontrados na análise dos indivíduos do sexo masculino (aumento da idade, ter autopercepção de saúde ruim ou muito ruim, possuir médico de referência e morbidades crônicas, consultar-se em locais conveniados ou ambulatoriais e ter sido hospitalizado no último ano), a análise bruta evidenciou associação do desfecho com a cor da pele branca, pertencer às classes sociais A e B e possuir menor escolaridade (Tabela 3a). Na análise ajustada, para adultos do sexo feminino, apenas a categoria de autopercepção de saúde ruim/muito perdeu associação com o desfecho (Tabela 3b).

Discussão

A prevalência de consulta médica foi 76,2% no último ano e 64,8% nos últimos três meses. Entre homens, 60,2%, e entre mulheres, 67,8%. A elevada prevalência de consulta médica, nos doze e nos três meses que antecederam a entrevista, está de acordo

Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos adultos e idosos amostrados nos Distritos Sanitários Restinga e Extremo Sul de Porto Alegre, RS, 2009 (n =3.391)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	1.496	44,1
Feminino	1.895	55,9
Idade (em anos completos)		
20-29	792	23,4
30-39	648	19,1
40-49	718	21,2
50-59	595	17,6
60 ou +	638	18,8
Cor da pele (observada pelo entrevistador)		
Branca	2.494	73,6
Não branca	896	26,4
Situação conjugal		
Casado/com companheiro	2.108	62,2
Solteiro/sem companheiro	744	21,9
Separado	280	8,3
Viúvo	259	7,6
Classe de consumo (ABEP)^a		
A	52	1,6
B	1.087	32,4
C	1.878	56,0
D	314	9,4
E	20	0,6
Escolaridade (em anos completos)^b		
0-4	565	17,7
5-8	1.279	40,2
9 -11	1.053	33,0
≥12	288	9,0

a) ABEP: Classificação de acordo com pontuação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

b) Variável com maior número de perdas de informação (206)

com diversos outros estudos nacionais publicados nos anos de 2003, 2006, 2010 e 2011,^{2,15-17} assim como o maior uso de consultas por parte de adultos do sexo feminino.^{2,14-16}

Chama a atenção o fato de a maior parte destas consultas terem sido devido a problemas agudos, representando 39,1%, o que deve motivar estudos de avaliação da qualidade do cuidado que está sendo ofertado para os pacientes, pois o acesso não parece ser mais um problema dos serviços de saúde, dadas as altas prevalências de consultas na maior parte do país.⁵ Sugere-se avaliar o percentual de consultas por motivo de doenças agudas que poderiam ter sido evitadas, caso a atenção primária fosse realmente efetiva

no cuidado dos pacientes crônicos e na realização de prevenção. Estudo com o mesmo método, realizado na cidade de Pelotas, em 2007,¹⁸ também evidenciou uma maior busca de consultas médicas por problemas agudos seguidos de crônicos, preventivos e, por fim, administrativos. Destaca-se que o referido estudo¹⁸ empregou a mesma categorização da variável motivo de consulta.

Entre os homens, o achado de associação do desfecho, consulta médica, com aumento da idade, auto-percepção de saúde ruim ou muito ruim, existência de morbidades crônicas, ter sido internado no último ano e possuir médico de referência mostram consistência com diversos outros artigos publicados no Sul do Brasil

Tabela 2 – Fatores de risco para doenças crônicas, morbidades e uso de serviços entre indivíduos adultos e idosos amostrados nos Distritos Sanitários Restinga e Extremo Sul de Porto Alegre, RS, 2009 (n=3.391)

Fatores de risco para doenças crônicas	N	%
Tabagismo		
Nunca fumou	1.888	55,7
Fumante	929	27,4
Ex-fumante	574	16,9
Consumo de álcool – AUDIT^a		
Uso de baixo risco – Zona 1 (0-7 pontos)	3.071	90,6
Uso de risco – Zona 2 (8-15 pontos)	263	7,7
Uso nocivo – Zona 3 (16-19 pontos)	23	0,7
Provável dependência – Zona 4 (20-40 pontos)	34	1,0
Sedentarismo – IPAQ^b		
Não	1.507	44,4
Sim	1.884	55,6
IMC^c		
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	1.356	42,0
Sobrepeso (24,9- 29,9 kg/m ²)	1.190	36,9
Obeso (≥30kg/m ²)	681	21,1
Autopercepção de saúde		
Muito boa/Boa	2.196	64,8
Regular	1.006	29,7
Ruim/Muito ruim	185	5,5
Morbidades (DM;HAS;Depressão;DCCV)^e		
Não	1.940	57,2
Sim	1.451	42,8
Hospitalização no último ano		
Não	2.971	87,6
Sim	420	12,4
Consulta médica no último ano		
Não	800	23,8
Sim	2.562	76,2
Médico de referência^f		
Não	2.598	76,6
Sim	793	23,4
Local usual de atendimento médico		
Posto de saúde	1.476	44,0
Convênio	738	21,9
Pronto atendimento	720	21,4
Ambulatórios	283	8,4
Consultório particular	146	4,3

a) AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*: Método simples para identificar distúrbios associados ao álcool

b) IPAQ: Questionário internacional de atividade física – sedentarismo definido como <150 minutos de atividade física/semana;

c) IMC: Índice de Massa Corporal – calculado com peso e altura autorreferidos

d) Variável com maior número de perdas de informação (162);

e) DM: *Diabetes mellitus*; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCCV: doença cerebrocardiovascular

f) Definida como um ou mais anos de consulta com o mesmo médico e ter lembrado o nome do médico.

Tabela 3a – Prevalência de consulta médica nos últimos três meses, análise bruta e ajustada conforme as variáveis independentes do estudo em homens moradores da Restinga e Extremo Sul de Porto Alegre, 2009

Variável	Homens				
	% Consulta médica	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC _{95%}) ⁱ	Valor p	RP (IC _{95%}) ⁱ	Valor p
Idade (anos completos)			0,001^a		0,001^a
20-29	54,74	1		1	
30-39	53,51	0,98 (0,82-1,17)		0,98 (0,82-1,17)	
40-49	60,82	1,11 (0,94-1,31)		1,11 (0,94-1,31)	
50-59	63,87	1,17 (1,00-1,37)		1,17 (1,00-1,37)	
≥60	68,50	1,25 (1,08-1,45)		1,25 (1,08-1,45)	
Cor da pele			0,414^b		0,522^b
Branca	60,88	1		1	
Não branca	57,78	0,95 (0,84-1,08)		0,96 (0,85-1,09)	
Situação conjugal			0,727^b		0,830^b
Casado/com companheiro	60,43	1		1	
Solteiro/sem companheiro	57,33	0,95 (0,83-1,08)		1,04 (0,89-1,21)	
Separado	67,31	1,11 (0,91-1,36)		1,09 (0,89-1,33)	
Viúvo	63,33	1,05 (0,79-1,39)		0,89 (0,63-1,26)	
Classe de consumo (ABEP)			0,618^a		0,633^a
A/B	60,92	1		1	
C	60,52	0,99 (0,89-1,10)		0,99 (0,88-1,11)	
D/E	56,96	0,94 (0,76-1,15)		0,93 (0,74-1,18)	
Escolaridade (anos completos de estudo)			0,841^a		0,478^a
0-4	59,59	1		1	
5/8	61,25	1,03 (0,88-1,20)		1,07 (0,92-1,25)	
9/11	57,14	0,96 (0,81-1,13)		1,04 (0,88-1,24)	
≥12	62,92	1,06 (0,86-1,30)		1,12 (0,91-1,38)	
Tabagismo			0,106^b		0,598^b
Nunca fumou	59,04	1		1	
Fumante	57,30	0,97 (0,86-1,10)		0,95 (0,84-1,08)	
Ex-fumante	66,51	1,13 (1,00-1,27)		1,06 (0,93-1,20)	
Consumo de álcool – AUDIT^d			0,911^a		0,771^a
Uso de baixo risco – Zona 1 (0-7 pontos)	60,88	1		1	
Uso de risco – Zona 2 (8-15 pontos)	51,35	0,84 (0,70-1,02)		0,87 (0,71-1,06)	
Uso nocivo – Zona 3 (16-19 pontos)	81,82	1,34 (1,01-1,78)		1,44 (1,05-1,98)	
Provável dependência – Zona 4 (20-40 pontos)	66,67	1,09 (0,81-1,49)		1,12 (0,80-1,57)	
Sedentarismo – IPAQ^c			0,417^b		0,580^b
Não	58,92	1		1	
Sim	61,43	1,04 (0,94-1,15)		1,03 (0,93-1,14)	
IMC^{e, f}			0,595^a		0,431^a
Normal (18,5-24,9kg/m ²)	62,77	1		1	
Sobrepeso (24,9-29,9kg/m ²)	57,35	0,91 (0,82-1,02)		0,90 (0,80-1,00)	
Obeso (>30kg/m ²)	61,93	0,99 (0,86-1,13)		0,97 (0,85-1,11)	
Médico de referência^g			<0,001^b		0,002^b
Não	55,69	1		1	
Sim	73,98	1,33 (1,20-1,46)		1,18 (1,07-1,31)	
Local usual de atendimento médico			<0,001^b		0,002^b
Pronto atendimento	57,29	1		1	
Posto de saúde	54,38	0,95 (0,82-1,10)		0,92 (0,79-1,06)	
Consultório particular	54,35	0,95 (0,71-1,27)		0,89 (0,67-1,19)	
Convênio	68,00	1,19 (1,03-1,37)		1,20 (1,04-1,38)	
Ambulatórios	68,93	1,20 (1,01-1,44)		1,06 (0,89-1,27)	
Morbidades (DM; HAS; Depressão; DCCV)^h			<0,001^b		0,006^b
Não	52,92	1		1	
Sim	70,24	1,33 (1,20-1,47)		1,18 (1,05-1,32)	
Autopercepção de saúde			<0,001^a		<0,001^a
Muito boa/Boa	53,35	1		1	
Regular	70,22	1,32 (1,19-1,46)		1,27 (1,13-1,43)	
Ruim/Muito ruim	91,38	1,71 (1,54-1,90)		1,53 (1,35-1,74)	
Hospitalização no último ano			<0,001^b		0,031^b
Não	58,07	1		1	
Sim	73,05	1,26 (1,12-1,41)		1,14 (1,01-1,28)	

a) Teste de tendência linear

b) Teste qui-quadrado

c) Sedentarismo definido como <150 minutos de atividade física/semana;

d) AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*: Método simples para identificar distúrbios associados ao álcool

e) IMC: Índice de Massa Corporal – calculado com peso e altura autorreferidos

f) Variável com maior número de perdas de informação (n=141)

g) Definida como um ou mais anos de consulta com o mesmo médico e ter lembrado o nome do médico

h) DM: Diabetes mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCCV: doença cerebrocardiovascular;

i) RP: razão de prevalência; intervalo de confiança de 95%.

Tabela 3b – Prevalência de consulta médica nos últimos três meses, análise bruta e ajustada conforme as variáveis independentes do estudo em mulheres moradoras da Restinga e Extremo Sul de Porto Alegre, 2009

Variável	Mulheres				
	% Consulta médica	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC _{95%}) ⁱ	Valor p	RP (IC _{95%}) ⁱ	Valor p
Idade (anos completos)			<0,001 ^a		<0,001 ^a
20-29	60,06	1		1	
30-39	69,23	1,15 (1,03-1,29)		1,15 (1,02-1,29)	
40-49	62,31	1,04 (0,92-1,17)		1,03 (0,92-1,17)	
50-59	71,23	1,19 (1,06-1,33)		1,18 (1,05-1,32)	
≥60	76,29	1,27 (1,14-1,41)		1,26 (1,14-1,40)	
Cor da pele			0,003 ^b		0,004 ^b
Branca	69,81	1		1	
Não branca	60,93	0,87 (0,80-0,95)		0,88 (0,80-0,96)	
Situação conjugal			0,151 ^b		0,896 ^b
Casado/com companheiro	68,89	1		1	
Solteiro/sem companheiro	58,19	0,84 (0,76-0,93)		0,90 (0,80-1,00)	
Separado	73,03	1,06 (0,96-1,17)		1,04 (0,94-1,16)	
Viúvo	74,74	1,09 (0,99-1,19)		1,00 (0,89-1,12)	
Classe de consumo (ABEP)			0,005 ^a		0,003 ^a
A/B	71,90	1		1	
C	66,63	0,93 (0,86-1,00)		0,91 (0,85-0,98)	
D/E	60,87	0,85 (0,74-0,97)		0,82 (0,70-0,96)	
Escolaridade (anos completos de estudo)			0,014 ^a		0,045 ^a
0-4	74,19	1		1	
5/8	67,71	0,91 (0,83-1,00)		0,94 (0,85-1,03)	
9/11	65,50	0,88 (0,80-0,97)		0,92 (0,82-1,02)	
≥12	64,56	0,87 (0,76-1,00)		0,86 (0,75-1,00)	
Tabagismo			0,367 ^b		0,277 ^b
Nunca fumou	69,50	1		1	
Fumante	62,95	0,91 (0,83-0,99)		0,92 (0,84-1,00)	
Ex-fumante	69,29	1,00 (0,91-1,10)		0,98 (0,88-1,08)	
Consumo de álcool – AUDIT^d			0,161 ^a		0,640 ^a
Uso de baixo risco – Zona 1 (0-7 pontos)	68,31	1		1	
Uso de risco – Zona 2 (8-15 pontos)	52,73	0,77 (0,60-0,99)		0,86 (0,66-1,12)	
Uso nocivo – Zona 3 (16-19 pontos)	60,00	0,88 (0,43-1,80)		0,99 (0,46-2,16)	
Provável dependência – Zona 4 (20-40 pontos)	75,00	1,10 (0,62-1,94)		1,22 (0,71-2,09)	
Sedentarismo – IPAQ^e			0,739 ^b		0,998 ^b
Não	67,29	1		1	
Sim	68,09	1,01 (0,94-1,08)		1,00 (0,93-1,07)	
IMC^{e,f}			0,460 ^a		0,925 ^a
Normal (18,5-24,9kg/m ²)	67,04	1		1	
Sobrepeso (24,9-29,9kg/m ²)	71,17	1,06 (0,98-1,15)		1,03 (0,95-1,12)	
Obeso (>30kg/m ²)	68,64	1,02 (0,94-1,12)		0,99 (0,90-1,09)	
Médico de referência^g			<0,001 ^b		0,001 ^b
Não	63,52	1		1	
Sim	76,55	1,21 (1,13-1,29)		1,13 (1,05-1,21)	
Local usual de atendimento médico			<0,001 ^b		<0,001 ^b
Pronto atendimento	59,81	1		1	
Posto de saúde	64,93	1,09 (0,98-1,21)		1,07 (0,97-1,19)	
Consultório particular	61,19	1,02 (0,83-1,26)		0,97 (0,77-1,21)	
Convênio	76,23	1,27 (1,15-1,42)		1,23 (1,10-1,38)	
Ambulatórios	82,54	1,38 (1,22-1,56)		1,33 (1,17-1,52)	
Morbidades (DM; HAS; Depressão; DCCV)^h			<0,001 ^b		0,001 ^b
Não	60,56	1		1	
Sim	74,28	1,23 (1,14-1,32)		1,15 (1,06-1,24)	
Autopercepção de saúde			<0,001 ^a		0,006 ^a
Muito boa/Boa	62,51	1		1	
Regular	73,69	1,18 (1,10-1,26)		1,14 (1,05-1,23)	
Ruim/Muito ruim	77,39	1,24 (1,11-1,38)		1,11 (0,97-1,26)	
Hospitalização no último ano			<0,001 ^b		0,006 ^b
Não	65,99	1		1	
Sim	76,72	1,16 (1,08-1,26)		1,12 (1,03-1,22)	

a) Teste de tendência linear

b) Teste qui-quadrado

c) Sedentarismo definido como <150 minutos de atividade física/semana;

d) AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*: Método simples para identificar distúrbios associados ao álcool

e) IMC: Índice de Massa Corporal – calculado com peso e altura autorreferidos

f) Variável com maior número de perdas de informação (n=141)

g) Definida como um ou mais anos de consulta com o mesmo médico e ter lembrado o nome do médico

h) DM: Diabetes *mellitus*; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCCV: doença cerebrocardiovascular;

i) RP: razão de prevalência; intervalo de confiança de 95%.

– nas cidades de Pelotas e Rio Grande – e também na Espanha, nos anos de 2003, 2008 e 2011.^{14,18-20}

A existência de um médico de referência indica a presença do vínculo e consequentemente alguns atributos da atenção primária à saúde,⁶ como longitudinalidade e coordenação do cuidado. Estudo realizado na cidade de Rio Grande-RS evidenciou que entre os homens a existência de um médico de referência aumentou a probabilidade de eles realizarem um exame de próstata no período de um ano em 98%, quando comparados aos que não referiam possuir médico de referência.¹⁴

A grande questão acerca do uso de serviços por parte dos homens é que os mesmos usualmente buscam atendimento quando a doença já está instalada ou quando anteriormente precisaram de internação hospitalar, e essa atitude independe de cor da pele, classe social ou escolaridade. Neste sentido, Moreira e cols.⁴ corroboram com a discussão quando afirmam que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens, o que pode se dar em função da maior preocupação com a saúde ou devido às necessidades relacionadas à reprodução. Além disso, segundo estes autores, as mulheres ainda tendem a referir mais problemas de saúde do que os homens.⁴ O Ministério da Saúde lançou no ano de 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem,²¹ a qual tem como objetivo principal qualificar a saúde da população masculina.

Entre as mulheres, em relação à classe de consumo, deve-se destacar que aquelas pertencentes às classes D e E, e até mesmo as pessoas inseridas na categoria intermediária C, se consultaram menos do que as classes de consumo A e B. Esse achado é compatível com estudos que analisaram dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD).^{22,23} Ademais, observou-se que as classes de consumo A e B realizaram maior número de consultas preventivas, o que também suscita a discussão acerca da questão de financiamento e cuidados em saúde. Esses dados são de extrema importância para o planejamento dos serviços públicos de saúde, para alertar aos gestores sobre eventuais iniquidades que possam estar ocorrendo, e para que novas estratégias de ampliação do acesso aos grupos sociais menos favorecidos sejam adotadas.

Estudos que avaliaram amostras estratificadas por sexo não encontraram diferenças estatísticas entre consulta médica e escolaridade significativa após

controle para eventuais fatores de confusão, entre as mulheres.^{2,20} No presente estudo, observou-se uma maior tendência à utilização de consultas por parte das mulheres com menor escolaridade, apesar de essa associação ter ficado no limiar da significância, após ajuste para as variáveis de confusão investigadas. Ao avaliar, entre as mulheres, os resultados da associação do desfecho com idade, existência de morbidades crônicas e hospitalização, os achados são corroborados por diversos outros estudos,^{16,18,24} demonstrando que o aumento da idade, a existência de pelo menos uma doença crônica e o fato de a pessoa ter se hospitalizado recentemente estão diretamente associados a uma maior busca por atendimento médico. Estudo semelhante, conduzido por Dias da Costa, em São Leopoldo-RS identificou, corroborando com outros estudos brasileiros, que as pessoas com mais idade necessitam de mais cuidados de saúde por apresentarem múltiplas morbidades.²

No que tange à associação entre consulta médica e existência de médico de referência, Sassi e colaboradores¹⁴ também encontraram relação positiva e evidenciaram que, entre as mulheres, ter um médico de referência provocou um aumento de 51% na probabilidade de realizar um exame clínico de mama, e de 62% de realizar a prevenção do câncer de colo, durante o último ano. Nesse mesmo estudo, os autores concluíram que a prevalência do médico de referência no Brasil é baixa e associada diretamente aos fatores socioeconômicos. Os autores ainda referem que pessoas com esta característica têm melhor acesso a serviços de saúde e concluem sugerindo a promoção do médico de referência na população, pois a presença deste profissional pode melhorar o acesso aos serviços de saúde e ampliar a qualidade da atenção, especialmente nos grupos mais pobres.¹⁴

A realização de estudos de base populacional que permitam (re)conhecer os principais fatores associados à utilização de serviços de saúde vem sendo fortemente incentivada. Nesse sentido, o presente estudo apresenta aspectos positivos que devem ser destacados, tais como: amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho de cada um dos setores censitários em uma região de 30 mil domicílios, curto período de recordatório (3 meses) utilizado e baixo percentual de perdas e recusas.

Entre os aspectos negativos, destaca-se um viés inerente ao delineamento transversal, o viés da cau-

salidade reversa, visto que, ao avaliar exposição e desfecho em um mesmo momento, um dos critérios de Bradford Hill que deve ser cuidadosamente analisado é a temporalidade.²⁵ Ainda assim, o rigor metodológico empregado fortalece a validade interna do estudo e a capacidade de generalização de seus achados no planejamento dos serviços de saúde não só da região investigada, mas de outras cidades brasileiras de pequeno e médio porte, em virtude de a região do estudo abranger uma população de cerca de 100.000 habitantes, predominantemente pertencentes à classe de consumo C. Outra limitação foi a não utilização de comando para amostras complexas nas análises (survey). Contudo, como todos os setores censitários urbanos foram investigados, bem como o tamanho amostral da presente pesquisa é adequado, é provável que o efeito nas estimativas tenha sido pequeno.

Este estudo demonstrou também alto grau de iniquidade no uso de serviços de saúde. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi expressa pela frequência de necessidade de se consultar e não conseguir no último ano, que foi maior entre os indivíduos com pior situação socioeconômica. Essa iniquidade poderá ser reduzida mediante a implementação da rede integrada de serviços que foi viabilizada por meio de uma parceria público-privada.

Referências

1. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract*. 1996 Feb;13(1):75-83.
2. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares SA, Nunes ME, Bagatini T, Marques MC, et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad Saude Publica*. 2011 mai;27(5):868-76.
3. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
4. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. *Cienc Saude Coletiva*. 2011 set;16(9):3781-93.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
6. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; 2002.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2001.
8. Bastos GA, Santos IS, Costa JS, Capilheira ME. Uso de serviços ambulatoriais nos últimos 15 anos: comparação de dois estudos de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2011 dez;14(4):620-32.
9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. *Críticos de classificação econômica do Brasil*. São Paulo: ABEP; 2008.
10. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative

Essa parceria tem por objetivo melhorar o acesso das classes de consumo D e E, por meio da ampliação e da qualificação dos serviços de saúde nos três níveis de atenção. Porém, destaca-se que essas parcerias devem ser monitoradas não apenas pelos gestores, mas também pelas comunidades adscritas, por meio dos conselhos locais e municipais de saúde que representam o controle social e que podem colaborar na busca pela excelência e qualidade do cuidado prestado pelas equipes. Além disso, ressalta-se também a importância de se questionar a superutilização de serviços pela classe A e a real necessidade de uso.

Contribuições dos autores

Bastos GN e Harzheim E contribuíram com a concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, e redação do conteúdo intelectual do manuscrito.

Sousa AI participou na análise e interpretação dos dados, redação e revisão do conteúdo intelectual do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

- project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993 Jun;88(6):791-804.
11. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003 Aug;35(8):1381-95.
 12. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization; 1995. 452 p. (WHO Technical report series; 854).
 13. Malloy-Diniz LF, Furtado CGMS, Figueira P, Neves FS, Corrêa H. Escala de depressão pós-parto de Edimburgo: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. *Rev Bras Psiquiatr [Internet]*. 2010 set [citado 2012 fev 10];32(3):316-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32n3/18.pdf>
 14. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population based study in Southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2003 Sep-Oct;19(5):1257-66.
 15. Boeing AF, Matos IB, Arrudas MP, Oliveira MC, Njaines K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2010 jan-fev;56(1):41-6.
 16. Capilheira MF, Santos IS. Individual factors associated with medical consultation by adults. *Rev Saude Publica*. 2006 Jun;40(3):436-43.
 17. Mendoza-Sassi R, Beria JU, Barros AJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2003 Jun;37(3):372-8.
 18. Bastos GAN, Del Duca GF, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2011 jun;45(3):475-84.
 19. Saez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria: evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit*. 2003 sep-oct;17(5):412-9.
 20. Dias-da-Costa JS, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RS, Piccinini F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. *Rev Saude Publica*. 2008 dez;42(6):1074-84.
 21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas e Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 41 p.
 22. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saude Publica*. 2007 Feb;23(2):305-13.
 23. 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 mai-jun;11(5/6):365-7.
 24. Dias-da-Costa JS, Facchini LA. Use of outpatient services in an urban area of Southern Brazil: place and frequency. *Rev Saude Publica*. 1997 Aug;31(4):360-9.
 25. Rothman KJ, Greenland S. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998.

Recebido em 09/11/2013
Aprovado em 30/05/2014