


Fatores associados a não realização de consulta médica nos 12 meses anteriores a entrevista concedida por adultos e idosos em Rio Grande, Rio Grande do Sul, em 2016: estudo transversal*

doi: 10.5123/S1679-49742020000100004

Factors associated with not consulting a physician in the 12 months prior to interview with adults and elderly in the city of Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brazil, 2016: a cross-sectional study

Factores asociados a la no realización de consulta médica en los 12 meses anteriores a la entrevista con adultos y personas mayores en la ciudad de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, en 2016: estudio transversal

Letícia Maria da Silva Almeida¹ -  orcid.org/0000-0002-0266-3604

Luiza Santos Ferreira¹ -  orcid.org/0000-0002-2205-4590

Tarso Pereira Teixeira¹ -  orcid.org/0000-0001-8142-7070

Samuel Carvalho Dumith¹ -  orcid.org/0000-0002-5994-735X

¹Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil

Resumo

Objetivo: analisar a prevalência e fatores associados a não realização de consulta médica nos 12 meses anteriores à entrevista, em Rio Grande, RS, Brasil, 2016. **Métodos:** estudo transversal, de base populacional, utilizando regressão de Poisson para análise multivariável. **Resultados:** participaram 1.297 indivíduos, com idade média de 46 anos (desvio-padrão [DP]=17, variando de 18 a 96) e mediana de renda familiar *per capita* no último mês de R\$ 1.000 (IIQ: 600 a 1.760); a prevalência de não consulta nos últimos 12 meses foi de 20,0% (IC_{95%} 17,5;22,6); revelaram-se fatores associados, após ajustes para potenciais fatores de confusão, o sexo masculino, ser solteiro, ter baixa escolaridade, consumir álcool excessivamente, ser tabagista, ter menos comorbidades e não dispor de plano de saúde. **Conclusão:** um em cada cinco indivíduos não consultou médico nos últimos 12 meses; a utilização desse serviço foi menor entre os mais pobres e naqueles com pior estilo de vida.

Palavras-chave: Equidade em Saúde; Cuidados Médicos; Acesso aos Serviços de Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Estudos Transversais.

*Estudo financiado com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS): Processo nº 16/2551-0000359-9. Samuel Carvalho Dumith é bolsista de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC). Letícia Maria da Silva Almeida é bolsista de iniciação científica do CNPq/MCTIC.

Endereço para correspondência:

Letícia Maria da Silva Almeida – Rua Visconde de Paranaguá, nº 102, Centro, Rio Grande, RS, Brasil. CEP: 96203-900
E-mail: leticiamsalmeida@hotmail.com



Introdução

A organização do sistema nacional de saúde brasileiro está alicerçada no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja missão é promover, de forma gratuita e universal, acesso aos serviços e programas de saúde a qualquer brasileiro que dele necessite. O sistema público convive com o sistema privado, denominado de Saúde Suplementar, cujo acesso é condicionado à capacidade de pagamento do cliente. A Saúde Suplementar se define por todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de convênio com um plano de saúde.^{1,2}

Entende-se como utilização dos serviços de saúde todo contato direto, mediante consultas médicas e hospitalizações, ou indireto, no acesso a exames preventivos e diagnósticos

A implementação do SUS implicou muitos avanços. Entretanto, a mudança na estrutura do sistema de saúde e a ampliação do número de locais e equipes de atendimento não garantem que esses serviços alcancem, adequadamente, a totalidade da população e suas demandas. Pesquisas indicam que fatores associados ao uso de serviços disponibilizados pela Saúde Pública são mais afetados por desigualdades sociais do que aqueles associados ao uso do sistema de saúde suplementar a ela.^{1,3-5}

Entende-se como utilização dos serviços de saúde todo contato direto, mediante consultas médicas e hospitalizações, ou indireto, no acesso a exames preventivos e diagnósticos.⁶ O procedimento de entrada do usuário no SUS é uma expressão positiva do acesso à Saúde Pública, cuja utilização é influenciada por fatores relativos ao indivíduo que procura esses serviços, a exemplo do perfil de necessidades de saúde, valores e preferências.⁷

Entre os fatores indicados para não realização de consulta por adultos e idosos, estão: ser do sexo masculino, menor escolaridade e renda familiar.^{8,9}

Metanálise realizada no ano de 2017 apontou que a frequência de utilização de consulta médica no ano anterior à entrevista foi de 71%.¹⁰ Noutros estudos nacionais com adultos, a taxa de consulta médica no ano anterior foi semelhante, com percentuais entre 64,8 e 74,2%.^{2,11,12}

A compreensão dos fatores influentes na utilização ou não dos serviços de saúde, utilizando-se de pesquisas de base populacional, auxilia na percepção da demanda pelos serviços de saúde, no reconhecimento da realidade da população e na capacitação da gestão.¹³ Conhecer o perfil da população que não utiliza os serviços pode contribuir para a proposição de políticas de promoção do acesso dessas pessoas ao sistema de saúde e, como decorrência, para melhorar sua saúde e da população geral. Portanto, é necessário conhecer os grupos de risco para não realização de consultas médicas, no sentido de se saber quem são os indivíduos-alvo prioritários de políticas e ações da Saúde Pública.

O presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência e os fatores associados a não realização de consulta médica nos 12 meses anteriores à entrevista realizada com indivíduos residentes na área urbana do município de Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, no ano de 2016.

Métodos

Estudo transversal, integrante do projeto 'Saúde da População Riograndina'. Este projeto foi desenvolvido em 2016, com o objetivo de avaliar aspectos de saúde da população residente da cidade de Rio Grande, RS, distante cerca de 320km da capital Porto Alegre, extremo sul do Brasil. O município conta com uma população estimada em 209.378 habitantes (2017), produto interno bruto (PIB) *per capita* de R\$ 34.997,50 (2015) e índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,744.

Como critério de inclusão dos riograndinos no estudo, definiu-se (i) a idade maior ou igual a 18 anos e (ii) a residência na zona urbana do município de Rio Grande. Foram excluídos os institucionalizados em asilos, hospitais e presídios, além daqueles com incapacidade física e/ou mental para responder ao questionário apresentado pelos entrevistadores. O cálculo de tamanho amostral considerou uma frequência esperada de 10%, margem de erro de 2 pontos percentuais e nível de confiança de 95%, resultando em um *n* de 860 indivíduos. Após acréscimo de 10% sobre esse quantitativo, para possíveis perdas e recusas, mais 15% para o efeito do delineamento amostral, o *n* necessário à realização da pesquisa seria de 1.075 indivíduos. Para estudar os fatores associados, utilizou-se o nível

de confiança de 95%, poder de 80%, prevalência do desfecho de 10%, frequência de expostos entre 20 e 60% e razão de prevalência de 2,0. A conclusão desse cálculo levou à obtenção de um n de 784 indivíduos. Mais uma vez, foram acrescidos a este valor 10% para compensação de possíveis perdas e recusas, 15% para efeito do delineamento amostral e 20% para controle de fatores de confusão, com um n resultante de 1.137 indivíduos.

O processo de amostragem ocorreu em dois estágios, sendo o primeiro a seleção dos setores censitários, e o segundo, a seleção dos domicílios. Para a seleção dos setores censitários, elaborou-se uma lista, em ordem decrescente, da renda mensal dos chefes da família de todos os domicílios (77.835). Realizou-se o sorteio do primeiro domicílio a ser visitado e foi estabelecido o intervalo de seleção (1.080) para identificar o setor do qual o domicílio fazia parte, totalizando 72 setores. Nesses setores censitários selecionados, obteve-se 23.439 domicílios, logo selecionados de forma sistemática e proporcional ao tamanho do setor. Foram entrevistados todos os adultos com idade a partir de 18 anos, residentes nos domicílios selecionados. Foram amostrados 711 domicílios para se contemplar o cálculo de tamanho amostral de 1.423 indivíduos, uma vez que se esperava encontrar, em média, dois moradores por domicílio com idade igual ou superior a 18 anos.

Os dados foram colhidos mediante questionário, proposto em entrevistas realizadas nos domicílios dos indivíduos selecionados, no período de abril a julho de 2016. O questionário foi aplicado por entrevistadoras previamente treinadas (recrutadas e selecionadas em fevereiro e março de 2016), com duração média de 30 minutos. Concomitantemente à coleta de dados, houve controle de qualidade em 10% da amostra, mediante reentrevista por telefone, contendo questões-chave para identificação de possíveis fraudes na aplicação do instrumento. Averiguou-se alto coeficiente de concordância (Kappa=80%). Os dados coletados foram duplamente digitados utilizando-se o *software* EpiData versão 3.1. Mais detalhes metodológicos acerca da pesquisa encontram-se publicados.¹⁴

A variável dependente foi a prevalência de não consultas médicas nos 12 meses anteriores à entrevista, obtida por relato do entrevistado. Foram coletadas variáveis demográficas e socioeconômicas:

- sexo (masculino; feminino);
- faixa etária (em anos: 18 a 39, 40 a 59, 60 ou mais);
- estado civil (solteiro; casado/separado/divorciado/viúvo);
- raça/cor da pele (branca; parda; preta), sendo identificados seis indivíduos autodeclarados amarelos e quatro indígenas, excluídos da análise;
- mora sozinho (não; sim);
- escolaridade (em anos de estudo: 0 a 8, 9 a 11, ≥ 12); e
- renda familiar (em tercís: menor; intermediário; maior).

As variáveis comportamentais analisadas foram:

- tabagismo (ser fumante no momento da coleta de dados: não; sim); e
- consumo abusivo de álcool (cinco doses ou mais para homens e quatro doses ou mais para mulheres nos últimos 30 dias: não; sim).¹⁵

Também foram coletadas variáveis relacionadas a condições de saúde:

- morbidades (número de problemas de saúde autorreferidos [definidos por diagnóstico médico]: hipertensão; diabetes; dislipidemia; doença do coração; acidente vascular cerebral [AVC]; artrite ou reumatismo; câncer; insuficiência renal crônica; doença respiratória crônica); e
- autopercepção de saúde (excelente ou muito boa; boa; regular ou ruim).

Entre as variáveis de serviços de saúde, analisou-se:

- dispõe de plano de saúde (não; sim);
- recebeu visita de agente comunitário de saúde (ACS) nos 12 meses anteriores à entrevista (não; sim);
- realizou a última consulta médica pelo SUS (não; sim);
- domicílio coberto por Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), referido pelo indivíduo (referido pelo entrevistado: não [ou não sabe]; sim); e
- bairro do domicílio coberto por UBSF (informação disponibilizada pela prefeitura municipal: não; sim).

Com exceção desta última, todas as variáveis foram obtidas do relato dos participantes durante a entrevista no domicílio.

A análise univariada serviu para descrever a amostra (frequência absoluta e frequência relativa).

Para a análise bruta e ajustada, utilizou-se regressão de Poisson, levando-se em consideração o efeito de delineamento amostral. As medidas apresentadas foram a razão de prevalência (RP) e o intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}), juntamente com o valor p do teste de Wald.

A análise multivariável seguiu um modelo hierárquico, elaborado para fins de controle de possíveis fatores de confusão, considerando-se como possíveis fatores associados aqueles indicados na literatura. No modelo adotado, foram colocadas no primeiro nível as variáveis demográficas e socioeconômicas (sexo, faixa etária, raça/cor da pele, estado civil, escolaridade e renda familiar). No segundo nível, foram dispostas as variáveis comportamentais (tabagismo e consumo abusivo de álcool). No terceiro nível, coube verificar as condições de saúde (número de problemas de saúde e autopercepção da saúde). E no quarto nível, foram analisadas as variáveis relativas ao uso do serviço de saúde (dispõe de plano de saúde; recebeu visita de ACS; realizou a última consulta médica pelo SUS; domicílio coberto por UBSF [segundo o entrevistado]; bairro do domicílio coberto por UBSF [segundo a prefeitura municipal]).

Cada variável foi controlada para as demais classificadas no mesmo nível ou nos níveis acima. O nível de significância para manutenção das variáveis no modelo ajustado foi de 20%; e o nível de significância estatística, de 5% para testes bicaudais. A análise das variáveis ordinais utilizou o valor p do teste de tendência linear. As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o aplicativo Stata versão 11.2.

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e por este aprovado em março de 2016: Processo nº 20/2016. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Dos 1.429 indivíduos elegíveis identificados, foram entrevistados 1.297, com 90,2% de índice de resposta. Pouco mais da metade da amostra (56,6%) era do sexo feminino, aproximadamente um quarto (24,1%) constituída de idosos, 83,6% de raça/cor da pele branca, 46,3% solteiros, 9,6% moravam sozinhos e 41,8% tinham até oito anos de estudo (Tabela 1).

A mediana de renda familiar foi de R\$ 2.780 (intervalo interquartil: R\$ 1.760 a R\$ 4.920).

A maioria dos indivíduos (55,9%) apresentava algum problema de saúde e um terço (33,7%) percebia sua saúde como regular ou ruim. Em torno da metade dos indivíduos (52,6%) dispunha de plano de saúde, cerca de um quarto (23,9%) recebeu visita de ACS, 41,4% fizeram sua última consulta médica pelo SUS, 35,0% afirmaram que seu domicílio era cadastrado em uma UBSF e 37,7% residiam em áreas cobertas por UBSF (Tabela 2).

A prevalência de não consulta ao médico nos últimos 12 meses foi de 20,0% (IC_{95%} 17,5 a 22,6). Essa prevalência variou de 6,3% para quem tinha três ou mais problemas de saúde a 30,9% para aqueles que consumiam álcool em excesso.

A análise bruta (Tabelas 3 e 4) demonstra que estiveram associados a não realização de consulta médica nos 12 meses anteriores à entrevista: ser do sexo masculino, possuir entre zero e oito anos de escolaridade, consumir álcool ou tabaco, apresentar de zero a dois problemas de saúde, perceber sua saúde como excelente ou muito boa e boa, não dispor de plano de saúde e ter realizado a última consulta médica pelo SUS.

À exceção das variáveis 'autopercepção da saúde' e 'última consulta médica pelo SUS', as demais associações permaneceram estatisticamente significativas após a realização da análise ajustada (Tabelas 3 e 4). Além disso, a variável 'estado civil', que não se mostrou associada ao desfecho na primeira análise, nesse segundo momento, revelou que solteiros apresentaram uma probabilidade 36% maior de não ter consultado com médico nos últimos 12 meses.

As variáveis 'faixa etária', 'raça/cor da pele', 'mora sozinho', 'renda familiar' e 'recebeu visita de ACS', 'domicílio coberto por UBSF' (também referida pelo entrevistado) e 'bairro do domicílio coberto por UBSF' (identificada pela prefeitura municipal) não mostraram associação com o desfecho, seja na análise bruta, seja na ajustada.

Discussão

Os resultados desta pesquisa indicaram que um quinto (20%) da amostra não consultou médico nos últimos 12 meses. Os grupos mais propensos a apresentar tal característica foram do sexo masculino,

Tabela 1 – Descrição das características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos da área urbana de Rio Grande (n=1.297), Rio Grande do Sul, 2016

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	563	43,4
Feminino	734	56,6
Faixa etária (em anos)		
18-39	508	39,1
40-59	477	36,8
≥60	312	24,1
Raça/cor da pele (n=1.285)		
Branca	1.074	83,6
Parda	103	8,0
Preta	108	8,4
Estado civil		
Solteiro	600	46,3
Casado/separado/divorciado/viúvo	697	53,7
Morar sozinho (n=1.296)		
Não	1.172	90,4
Sim	124	9,6
Escolaridade (em anos) (n=1.295)		
0-8	541	41,8
9-11	399	30,8
≥12	355	27,4
Renda familiar (em tercís) (n=1.169)		
Menor	426	36,4
Intermediário	366	31,1
Maior	377	32,3
Tabagismo		
Não	1.064	82,0
Sim	233	18,0
Consumo abusivo de álcool (n=1.294)		
Não	1.142	88,2
Sim	152	11,8

solteiros, com menor escolaridade, com menos problemas de saúde, que consumiam álcool em excesso e fumantes.

Em estudo de base populacional realizado no município de São Leopoldo, RS, no ano de 2011, os resultados indicaram que, entre as 1.098 pessoas respondentes, 56,7% (IC_{95%} 53,8 a 59,7) não haviam se consultado com médico nos últimos 30 dias.⁸ Outra pesquisa, do mesmo autor e sobre o mesmo local de coleta de dados, apontou que 15,4% (IC_{95%} 13,2 a 17,5) não se consultaram com médico no ano anterior à entrevista,¹³ demonstrando que a prevalência de não consulta no município de Rio Grande foi sig-

nificativamente mais elevada. Todavia, considerando-se o contexto nacional, a realidade do município investigado reflete os avanços da maior acessibilidade ao profissional médico: o percentual de brasileiros que não utilizaram serviços médicos nos 12 meses anteriores à pesquisa caiu de 44,8% em 1998 para 28,7% em 2013.¹⁶

Conforme os resultados de diversos estudos,^{5,11,12,17-20} quando perguntados se consultaram um médico nos últimos 12 meses, homens referiram a utilização desse serviço significativamente menos, quando comparados às mulheres. Culturalmente, indivíduos do sexo masculino buscam, principalmente, atendi-

Tabela 2 – Descrição dos dados relacionados à saúde dos indivíduos da área urbana de Rio Grande (n=1.297), Rio Grande do Sul, 2016

Variável	n	%
Morbidades (número de problemas de saúde) (1.274)		
0	561	44,1
1	326	25,6
2	212	16,6
3 ou mais	175	13,7
Autopercepção da saúde		
Excelente ou muito boa	278	21,4
Boa	582	44,9
Regular ou ruim	437	33,7
Dispõe de plano de saúde		
Não	615	47,4
Sim	682	52,6
Recebeu visita de ACS^a		
Não	987	76,1
Sim	310	23,9
Realizou a última consulta médica pelo SUS^b (n=1.279)		
Não	749	58,6
Sim	530	41,4
Domicílio coberto por UBSF,^c referido pelo entrevistado (n=1.296)		
Não	842	65,0
Sim	454	35,0
Bairro do domicílio coberto por UBSF,^c mapeada pela prefeitura municipal		
Não	808	62,3
Sim	489	37,7
TOTAL	1.297	100,0

a) ACS: agente comunitário de saúde.

b) SUS: Sistema Único de Saúde.

c) UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família.

mento especializado em função de agravo ou complicação de um quadro clínico já estabelecido,^{11,17,21} enquanto as mulheres (principalmente aquelas em idade fértil) se permitem o acompanhamento de sua saúde de forma longitudinal e preventiva.^{11,12,20,22-24} A maior procura dos serviços de saúde por parte das mulheres também pode ser um reflexo da organização do sistema de saúde brasileiro, que tem o cuidado materno-infantil como uma de suas prioridades.^{21,24}

Considerando-se as demais características socio-demográficas, constatou-se que indivíduos solteiros se consultaram com um médico. Estudo realizado no município de Montes Claros, MG, em 2011, encontrou resultados similares, ao identificar maior prevalência de não atendimento nos últimos 15 dias

entre indivíduos sem união estável/não casados.⁶ Uma possível explicação para esse achado, identificada na literatura, é o fato de indivíduos casados estarem mais propensos a consultar um médico em função da influência do(a) companheiro(a).¹⁷

Outro aspecto constatado aqui foi o fato de indivíduos com baixa escolaridade consultarem menos durante os 12 meses anteriores à pesquisa, corroborando outros estudos brasileiros.^{5,6,12,20-22,24} Maior escolaridade pode estar relacionada ao maior conhecimento e comportamentos positivos em saúde; entre esses comportamentos, encontra-se maior e mais adequada utilização dos serviços de saúde.^{6,20,22,23}

Complementarmente, a literatura revela que indivíduos de menores renda e escolaridade tendem

Tabela 3 – Análise bruta e ajustada das variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais dos indivíduos da área urbana de Rio Grande (n=1.297), Rio Grande do Sul, 2016

Nível	Variável	% de não consulta	Análise bruta		Análise ajustada	
			RP ^a (IC _{95%} ^b)	Valor p ^c	RP ^a (IC _{95%} ^b)	Valor p ^c
1	Sexo			<0,01		0,01
	Masculino	24,3	1,45 (1,14;1,85)		1,41 (1,09;1,81)	
	Feminino	16,8	1,00		1,00	
1	Faixa etária (em anos)			0,23		0,15
	18-39	18,5	1,00		1,00	
	40-59	22,6	1,22 (0,92;1,63)		1,31 (0,96;1,80)	
	≥60	18,6	1,01 (0,72;1,41)		1,09 (0,74;1,62)	
1	Raça/cor da pele			0,17		0,51
	Branca	19,3	1,00		1,00	
	Parda	27,2	1,41 (0,97;2,05)		1,23 (0,85;1,80)	
	Preta	19,4	1,01 (0,67;1,51)		1,00 (0,67;1,51)	
1	Estado civil			0,09		0,02
	Solteiro	22,2	1,22 (0,97;1,53)		1,36 (1,06;1,76)	
	Casado/separado/ sivorciado/viúvo	18,2	1,00		1,00	
1	Mora sozinho			0,18		0,78
	Não	19,5	1,00		1,00	
	Sim	25,0	1,28 (0,89;1,84)		1,06 (0,71;1,57)	
1	Escolaridade (em anos de estudo)			0,01		0,02
	0-8	23,5	1,57 (1,19;2,08)		1,56 (1,14;2,13)	
	9-11	19,8	1,33 (1,00;1,76)		1,34 (1,01;1,78)	
	≥12	14,9	1,00		1,00	
1	Renda familiar (em tercís)			0,09		0,34
	Menor	24,7	1,39 (1,00;1,93)		1,18 (0,80;1,76)	
	Intermediário	18,9	1,06 (0,74;1,51)		0,94 (0,64;1,39)	
	Maior	17,8	1,00		1,00	
2	Tabagismo			<0,01		0,01
	Não	18,0	1,00		1,00	
	Sim	29,6	1,65 (1,33;2,05)		1,38 (1,09;1,73)	
2	Consumo excessivo de álcool			<0,01		0,01
	Não	18,6	1,00		1,00	
	Sim	30,9	1,67 (1,24;2,24)		1,50 (1,10;2,04)	

a) RP: razão de prevalências.

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

c) Valor p de heterogeneidade.

a utilizar mais o sistema público para realização de atendimentos médicos,^{5,6,25} enquanto os de maiores renda e escolaridade utilizam-se do sistema privado.¹² Merece igual destaque o fato de a renda familiar não ter apresentado associação significativa com o desfecho de interesse deste trabalho, o que mostra que as dificuldades em obter atendimento, possivelmente, estariam mais associadas a questões de informação e comunicação⁶ do que aos aspectos financeiros.

Outrossim, o número de problemas crônicos de saúde revelou-se um fator determinante para a

realização de consultas: quanto maior o número de problemas de saúde, menor a probabilidade de o indivíduo não ter se consultado com o médico nos últimos 12 meses, refletindo, como esperado, maiores demandas por essas consultas. Como amplamente descrito na literatura,^{5,6,11,19-23} a presença de alguma enfermidade a requerer acompanhamento médico aumenta a probabilidade de o indivíduo utilizar esse tipo de serviço. De acordo com os dados levantados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, a presença de doenças foi o maior motivador

Tabela 4 – Análise bruta e ajustada das variáveis de condições de saúde e serviços de saúde para os indivíduos da área urbana de Rio Grande (n=1.297), Rio Grande do Sul, 2016

Nível	Variável	% de não consulta médica	Análise bruta		Análise ajustada	
			RP ^a (IC _{95%} ^b)	Valor p ^c	RP ^a (IC _{95%} ^b)	Valor p ^c
3	Morbidades (número de problemas de saúde)			<0,01		<0,01
	0	26,0	4,14 (2,09;8,21)		4,91 (2,52;9,54)	
	1	20,6	3,27 (1,67;6,39)		3,79 (1,95;7,38)	
	2	14,6	2,33 (1,21;4,46)		2,46 (1,27;4,76)	
	3	6,3	1,00		1,00	
3	Autopercepção da saúde			<0,01		0,25
	Excelente ou muito boa	20,5	1,45 (1,07;1,95)		1,24 (0,89;1,72)	
	Boa	24,2	1,71 (1,32;2,21)		1,28 (0,95;1,72)	
	Regular ou ruim	14,2	1,00		1,00	
4	Disponibilidade de plano de saúde			<0,01		0,01
	Não	27,2	1,99 (1,58;2,51)		1,55 (1,10;2,17)	
	Sim	13,3	1,00		1,00	
4	Recebeu visita de ACS^d			0,89		0,23
	Não	20,0	0,98 (0,77;1,26)		1,18 (0,90;1,56)	
	Sim	20,3	1,00		1,00	
4	Realizou a última consulta médica pelo SUS^e			<0,01		0,06
	Não	14,6	1,00		1,00	
	Sim	25,3	1,74 (1,38;2,19)		1,34 (0,99;1,81)	
4	Domicílio coberto por UBSF^f, referido pelo entrevistado			0,77		0,30
	Não	19,8	0,97 (0,78;1,21)		1,16 (0,88;1,52)	
	Sim	20,5	1,00		1,00	
4	Bairro do domicílio coberto por UBSF^f mapeada pela prefeitura municipal			0,10		0,40
	Não	18,4	0,81 (0,63;1,08)		0,96 (0,68;1,37)	
	Sim	22,7	1,00		1,00	

a) RP: razão de prevalências.
 b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.
 c) Valor p de heterogeneidade.
 d) ACS: agente comunitário de saúde.
 e) SUS: Sistema Único de Saúde.
 f) UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família.

para o uso de serviços de saúde. Tal motivação é intensificada conforme aumenta o número de comorbidades.²⁴ Ademais, o fato de a idade não se mostrar associada com a maior utilização de atendimentos médicos aponta o quadro clínico em si como o que, efetivamente, pode levar a uma maior procura por acompanhamento, não necessariamente a idade avançada.^{21,22}

Características comportamentais, como consumo abusivo de álcool ou tabagismo, mostraram-se associadas a maior prevalência de não realização de consulta médica nos últimos 12 meses. A presença de hábitos não saudáveis (possível aglomeração

de fatores associados – ser homem, referir menor escolaridade, ser tabagista e abusar de álcool) pode estar relacionada a uma menor preocupação com a situação de saúde por parte do indivíduo, desta forma mais propenso a utilizar menos os serviços de saúde.²⁶ Esses comportamentos, no longo prazo, podem levar ao surgimento de doenças e estas, por sua vez, a uma maior procura por atendimento médico.^{5,18,19}

Quanto às questões referentes ao sistema de saúde, não dispor de plano de saúde aumentou a probabilidade de não consulta ao médico, corroborando os resultados encontrados pela PNS 2013²⁴ e demais inquéritos domiciliares nacionais.²³ Entre-

tanto, indivíduos que realizaram a última consulta pelo SUS também apresentaram maior prevalência de não consulta. Uma análise secundária, por sua vez, destaca a maior prevalência de não consulta entre os que realizaram a última consulta médica pelo SUS, com base em indivíduos que reportaram não contar com a cobertura de seu domicílio por uma UBSF. É possível que estes resultados reflitam o acréscimo da oferta de serviços pelo segmento suplementar, além de dificuldades de acesso ao serviço público e/ou avaliação negativa do serviço prestado.¹⁷ Vale ainda ressaltar que a literatura aponta diferentes motivos para recorrer aos serviços de saúde: enquanto o setor privado é mais utilizado na realização de exames de caráter preventivo, o setor público tende a ser mais solicitado quando se trata de doença já estabelecida.² Estes achados se encontram alinhados com os do presente estudo.

As dificuldades de acesso e utilização dos serviços de saúde públicos também podem ser percebidas na ausência de associação significativa entre não consulta e cobertura por UBSF ou visita pelo ACS. Dado o cuidado longitudinal e a busca ativa ao usuário pela qual se caracteriza a Estratégia Saúde da Família (ESF),²⁷ esperava-se do grupo de indivíduos residentes em território adscrito a uma UBSF maior probabilidade de haver consultado um médico nos últimos 12 meses.²⁵ Todavia, segundo pesquisa realizada com 812 jovens/adolescentes de Camaçari, BA, no ano de 2012,²⁸ a utilização de serviços de Atenção Primária à Saúde, de maneira geral, tampouco apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os jovens que residiam em áreas cobertas pela ESF quando comparados aos demais.

As características referidas pela população investigada levam a perceber que alguns grupos utilizam serviços de saúde na medida de suas necessidades: indivíduos que sentem menos necessidade consultaram menos com um médico nos 12 meses anteriores à pesquisa, assim como aqueles com menos morbidades apresentadas ou que percebem sua saúde como positiva. Por sua vez, no mesmo período analisado, grupos carentes de maior atenção e acompanhamento mais próximo (como fumantes, etilistas e aqueles desprovidos de plano de saúde) também buscaram por um médico significativamente menos. A identificação de fatores com poder de influência na utilização ou não dos serviços de saúde contribui

para um planejamento mais adequado dos serviços, permitindo que gestores e profissionais comprometidos atuem de forma a se alcançarem as condições de saúde desejadas para sua população.¹³

Na investigação apenas da não utilização do serviço, aqui tratado como consulta médica, encontra-se a primeira limitação do estudo: os entrevistados podem incluir tanto (i) o grupo de usuários que não sentiam desejo/necessidade de consulta médica como (ii) o grupo de pessoas com alguma demanda reprimida, ou seja, que procuram os serviços mas não conseguem agendar consulta conforme suas necessidades. Trata-se de fatores associados distintos, não elucidados entre esses participantes da pesquisa, embora ambos os grupos se encontrem em situação mais vulnerável por não procurarem acompanhamento médico ao longo dos últimos 12 meses. Em segundo lugar nas limitações do estudo, encontra-se o fato de a pesquisa ter abordado apenas os habitantes da área urbana, onde o acesso aos serviços de saúde pode ser mais fácil, na comparação ao da população rural, levando a uma previsão subestimada da prevalência real de não consulta médica entre a população geral de Rio Grande. Por fim, o percentual de 9,8% de perdas/recusas diminui a variabilidade dos resultados encontrados, não obstante esse aparente prejuízo haver-se previsto no cálculo de tamanho de amostra. O perfil demográfico desses indivíduos não se diferenciou, significativamente, do encontrado na amostra, sendo a idade média das perdas a mesma dos respondentes, embora com mais perdas para o sexo masculino em um dos bairros visitados.

Como pontos fortes do trabalho, cumpre lembrar o caráter de uma pesquisa de base populacional e, por conseguinte, seu grau de representatividade dos resultados obtidos. Os autores foram responsáveis por um estudo único até então realizado no município, sobre o tema e a diversidade de fatores de risco analisados. Foi possível encontrar fatores associados, diferentes dos apresentados na literatura, mas igualmente capazes de interferir na abordagem dos profissionais envolvidos e melhorar o acesso e o cuidado do usuário dos serviços de saúde no município. Recomendam-se novos estudos com o propósito de identificar outros fatores associados à realização de consultas médicas nessa população, como também identificar quem são os indivíduos que procuraram por consulta médica mas não conseguiram atendimento.

A identificação desses fatores associados permite um planejamento dos serviços mais coerente com a realidade e as necessidades do município, permitindo que gestores e profissionais de saúde atuem de forma mais efetiva na solução dos problemas de saúde de sua população.¹³ Maximizar o acesso, investir em ações específicas de promoção, prevenção e reabilitação poderá ter impacto – inclusive econômico – na Saúde Pública de Rio Grande, a exemplo das conclusões de outros estudos realizados no município e no país.^{3,4,13}

Contribuição dos autores

Almeida LMS e Ferreira LS contribuíram com a definição e interpretação das análises e redação do artigo. Teixeira TP contribuiu com a interpretação dos dados e revisão crítica do artigo. Dumith SC concebeu o estudo, conduziu a análise dos dados e realizou a revisão crítica do artigo. Os quatro autores realizaram contribuições substanciais para a análise e interpretação dos dados, analisaram e aprovaram as versões preliminares e final do artigo e declaram-se responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa ME. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2019 out 31];51(Suppl 1):1-10s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000243.pdf. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051000243
2. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, Malta DC. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 fev [citado 2019 out 31];21(2):339-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0339.pdf>. doi: 10.1590/1413-81232015212.19332015
3. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* [Internet]. 2011 Jun [cited 2019 Oct 31];377(9782):2042-53. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60055-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60055-X/fulltext). doi: 10.1016/S0140-6736(11)60055-X
4. Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini IA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 dez [citado 2019 out 31];48(6):968-76. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0968.pdf. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005388
5. Lima-Costa ME, Loyola Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2008 out-dez [citado 2019 out 31];17(4):247-57. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n4/v17n4a02.pdf>. doi: 10.5123/S1679-49742008000400002
6. Dias OV, Araújo FF, Oliveira RM, Chagas RB, Costa SM. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunid* [Internet]. 2016 jan-dez [citado 2019 out 31];11(38):1-13. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1185/825>
7. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 out [citado 2019 out 31];23(10):2490-502. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/23.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000023
8. 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 Saúde Pública* [Internet]. 2011 maio [citado 2019 out 31];27(5):868-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/05.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2011000500005
9. Silva PSC, Boing AF, Peres KG. Redução das desigualdades no uso de consultas médicas no Brasil: análise das regiões Nordeste e Sudeste entre 2003 e 2008. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 jan-mar [citado 2019 out 31];18(1):248-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00248.pdf>. doi: 10.1590/1980-5497201500010019

10. Araújo MEA, Silva MT, Andrade KRC, Galvão TF, Pereira MG. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 jul-set [citado 2019 out 31];26(3):589-604. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00589.pdf>. doi: 10.5123/s1679-49742017000300016
11. Bastos GAN, Santos IS, Costa JSD, Capilheira MF. Uso de serviços ambulatoriais nos últimos 15 anos: comparação de dois estudos de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2011 dez [citado 2019 out 31];14(4):620-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n4/09.pdf>. doi: 10.1590/S1415-790X2011000400009
12. Costa JSD, Koltermann AP, Cappellesso B, Lisowski JF, Bernardelli M, Xavier PB, et al. Características das mulheres que não consultam com médico: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 2019 out 31];52:54. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000190.pdf. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000190
13. Bastos GAN, Harzheim E, Sousa AI. Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014 jul-set [citado 2019 out 31];23(3):409-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n3/1679-4974-ress-23-03-00409.pdf>. doi: 10.5123/S1679-49742014000300004
14. Dumith SC, Paulitsch RG, Carpena MX, Muraro MFR, Simões MO, Machado KP, et al. Planejamento e execução de um inquérito populacional de saúde por meio de consórcio de pesquisa multidisciplinar. *Sci Med* [Internet]. 2018 jul-set [citado 2019 out 31];28(3):1-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-948784>
15. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Global status report on alcohol [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2019 Oct 31]. 376 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1
16. Pilotto LM, Celeste RK. Tendências no uso de serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação com nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998-2013. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 2019 out 31];34(4):e00052017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n4/1678-4464-csp-34-04-e00052017.pdf>. doi: 10.1590/0102-311x00052017
17. Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [citado 2019 out 31];45(3):475-84. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v45n3/2332.pdf
18. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [citado 2019 out 31];56(1):41-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n1/14.pdf>. doi: 10.1590/S0104-42302010000100014
19. Costa JSD, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Daltoé T, Santos IS, et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 fev [citado 2019 out 31];24(2):353-63. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v24n2/13.pdf
20. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira SCV, Piccini RX, et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 dez [citado 2019 out 31];30(12):2594-606. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02594.pdf>. doi: 10.1590/0102-311x00118713
21. Moraes SA, Lopes DA, Freitas ICM. Diferenças sexo-específicas na prevalência e nos fatores associados à procura por serviços de saúde em estudo epidemiológico de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2014 abr-jun [citado 2019 out 31];17(2):323-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00323.pdf. doi: 10.1590/1809-4503201400020004ENG
22. 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. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 set [citado 2019 out 31];16(9):3781-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a14v16n9.pdf>. doi: 10.1590/1809-4503201400020004ENG

- 10.1590/S1413-81232011001000014
23. Destro JR, Boing AF, D'Orsi D. Fatores associados à realização de consultas médicas por idosos no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2014 jul-set [citado 2019 out 31];17(3):692-704. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n3/pt_1415-790X-rbepid-17-03-00692.pdf. doi: 10.1590/1809-4503201400030010
24. Malta DC, Berna RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIE, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 jun [citado 2019 out 31];51(1):1-10s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051000090
25. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 jun [citado 2019 out 31];23(6):1751-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>. doi: 10.1590/1413-81232018236.06022018
26. Berto SJP, Carvalhaes MABL, Moura EC. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 ago [citado 2019 out 31];26(8):1573-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/11.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2010000800011
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2017 set 22 [citado 2019 out 31];Seção 1:68. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
28. Martins MME, Aquino R, Pamponet ML, Junior EPP, Amorim LDF. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 jan [citado 2019 out 31];35(1):e00044718. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n1/1678-4464-csp-35-01-e00044718.pdf>. doi: 10.1590/0102-311x00044718

Abstract

Objective: to investigate prevalence and factors associated with not consulting a physician in the last 12 months in Rio Grande, RS, Brazil, 2016. **Methods:** this was a population-based cross-sectional study, using Poisson regression for multivariate analysis. **Results:** a total of 1,297 individuals took part in the study; average age was 46 years old (SD=17, ranging from 18 to 96); and median per capita family income was BRL 1,000 in the last month (IQR: 600 – 1,760); prevalence of non-consultation in the last 12 months was 20.0% (95%CI 17.5;22.6); associated factors, after adjusting for potential confounders, were male sex, being single, having low schooling, excessive alcohol consumption, smoking, having fewer comorbidities, and having no health plan. **Conclusion:** one in five individuals did not consult a doctor in the last 12 months; use of this service was lower among the poorest and those with a poorer lifestyle.

Keywords: Health Equity; Medical Care; Health Services Accessibility; Health Services Research; Cross-Sectional Studies.

Resumen

Objetivo: investigar la prevalencia y los factores asociados a la no realización de consulta médica, en los últimos 12 meses en Rio Grande, RS, Brasil, 2016. **Métodos:** estudio transversal, de base poblacional utilizando la regresión de Poisson para realizar un análisis multivariable. **Resultados:** participaron del estudio 1.297 individuos, con edad promedio de 46 años (DP=17, variando de 18 a 96) y con promedio de ingreso familiar per cápita el último mes de R\$1.000 (IIQ: 600 a 1760); la prevalencia de no consulta en los últimos 12 meses fue del 20.0% (IC95%: 17,5 a 22,6); se revelaron factores asociados, después de ajustados por posibles factores de confusión, que fueron sexo masculino, ser soltero, tener baja escolaridad, consumir alcohol excesivamente, tabaquismo, tener menos comorbilidades y no tener plan de salud. **Conclusión:** uno de cada cinco individuos no consultaron médico en los últimos 12 meses; el uso de este servicio fue menor entre los más pobres y en aquellos con peor estilo de vida.

Palabras clave: Equidad en Salud; Atención Médica; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Investigación sobre Servicios de Salud; Estudios Transversales.

Recebido em 09/02/2019
Aprovado em 24/09/2019

Editora associada: Maryane Oliveira Campos – orcid.org/0000-0002-7481-7465