

Fatores associados à realização de consultas médicas por idosos no Sul do Brasil: estudo de base populacional

Associated factors to medical consultations by elderly adults in southern Brazil: a population based study

Juliana Regina Destro¹, Antonio Fernando Boing¹, Eleonora d'Orsi¹

RESUMO: *Objetivo:* Analisar a prevalência de consultas médicas nos últimos três meses e os fatores associados entre idosos. *Métodos:* Estudo transversal de base populacional com 1.705 idosos com 60 anos ou mais, residentes na área urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina, em 2009 e 2010. A amostra foi complexa, sendo os setores censitários as unidades primárias de amostragem e os domicílios o segundo estágio. Para análise de associação foi realizada a regressão de Poisson, tendo como variáveis independentes fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade, segundo modelo teórico de Andersen. *Resultados:* A taxa de resposta foi de 89,2%. A prevalência de consultas médicas foi de 70,4% (intervalo de confiança de 95% 67,5 –73,4). Na análise bruta associaram-se com maior prevalência de consultas médicas o sexo feminino, o maior acúmulo de doenças crônicas, a autopercepção negativa de saúde e o relato de dor crônica. A análise multivariável identificou que possuir pelo menos uma doença crônica e ter autopercepção de saúde negativa estiveram associados positivamente ao desfecho. *Conclusão:* Apenas variáveis da dimensão de necessidade se associaram ao desfecho, apontando para uma igualdade no uso desse serviço.

Palavras-chave: Serviços de saúde. Assistência à saúde. Visita a consultório médico. Idoso. Epidemiologia. Estudos transversais.

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, (SC), Brasil.

Autor correspondente: Antonio Fernando Boing, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário de Trindade, Departamento de Saúde Pública, CEP: 88040-970, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: antonio.boing@ufsc.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 569834/2008-2.

ABSTRACT: *Objective:* To analyze the prevalence of medical consultations in the last three months among elderly adults and associated factors. *Methods:* A cross-sectional, population-based study was carried out with 1,705 elderly adults (60+ years of age) in the urban region of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, in 2009 and 2010. The sampling selection was performed in two stages. The sample was complex, with census tracts as primary and households as secondary sampling units. For association analysis, Poisson regression was performed using predisposing factors, enabling factors and need as independent variables, according to Andersen's theoretical model. *Results:* The response rate was 89.2%. The prevalence of medical appointments by elderly adults was 70.4% (95%CI 67.5 – 73.4). Factors associated with higher prevalence of medical consultations in the crude analysis were female gender, accumulation of chronic diseases, negative self-perception of health, and report of chronic pain. The multivariate analysis showed that having at least one chronic disease and negative self-perception of health was positively associated with the outcome. *Conclusion:* Only variables from the need dimension were associated with medical consultations, indicating an equal use of this service.

Keywords: Health services. Delivery of health care. Office visits. Aged. Epidemiology. Cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

A proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais está crescendo mais rapidamente do que a proporção de qualquer outra faixa etária em diversas regiões do mundo. Em 2025 haverá aproximadamente 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos no mundo e estima-se que até 2050 esse valor chegue a cerca de 2 bilhões, sendo 80% deles residentes em países em desenvolvimento¹. Panorama semelhante é observado no Brasil. O país vivenciou rápido e acentuado declínio da fecundidade na segunda metade do século XX, que, combinado com a queda da mortalidade e maior expectativa de vida, levou a um acelerado processo de envelhecimento populacional^{2,3}. Em 1960, os brasileiros que tinham 60 anos ou mais representavam 4,7% da população, valor que chegou a 8,5% no ano 2000 e a 10,8% em 2010⁴.

O cenário de envelhecimento populacional no país traz consigo novos desafios para a sociedade, havendo aumento da demanda dos serviços de saúde e da seguridade social, fazendo assim novas exigências na organização e no planejamento desses sistemas⁵. No setor saúde, estudos epidemiológicos têm identificado maior consumo de serviços e maior custo das hospitalizações entre os idosos, quando comparados aos mais jovens^{6,7}.

Na literatura mundial, o estudo sobre prevalência de consultas médicas, entendida como a proporção de indivíduos que realizaram consulta médica num intervalo de tempo

pré-definido, é vasto, e estudos realizados na Austrália⁸, Canadá⁹, México¹⁰, Brasil^{6,11} e Costa Rica¹² apontam para uma crescente demanda de serviços médicos por idosos, sendo que a prevalência de consultas é maior conforme aumenta a idade.

No Brasil, dados de morbidade hospitalar, uso de serviços de saúde, ocorrência de doenças de notificação compulsória e mortalidade podem ser obtidos através de sistemas de informações em saúde oficiais, como o Sistema de Internação Hospitalar (SIH), o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Apesar desses sistemas proverem, em geral, dados de boa qualidade e grande relevância epidemiológica e gerencial, seus registros são limitados para os cálculos de prevalência de uso de serviços de saúde e de fatores associados, pois em alguns casos é registrado apenas o uso dos serviços públicos de saúde. Além disso, os dados ambulatoriais e de internação hospitalar são por procedimentos e há limitações como sub-registros. Dessa maneira, além dos registros dos sistemas de informações oficiais, estudos de base populacional são essenciais.

No Brasil existem poucos estudos de base populacional sobre prevalência e fatores associados a consultas médicas em idosos^{6,11,13,14}. Entre os já realizados, a prevalência variou entre 51,1%¹³, num período recordatório de 3 meses, e 83,3%, considerando-se os últimos 12 meses¹⁴. Quanto aos fatores associados, incorporando-se também a literatura internacional, observou-se que os idosos do sexo feminino^{6,9,10,13-16}, com maior grau de escolaridade^{6,9,10,15}, maior renda^{6,9,10,13-16}, com seguro de saúde privado¹⁵⁻¹⁸, que reportaram doença crônica^{6,8,9,12,14,15,18-21}, maior grau de dependência¹⁰ e pior percepção da saúde^{9,12,14,18,19,22} apresentaram maior prevalência de ida ao consultório médico. Também foi verificada associação negativa de consulta médica com o hábito de fumar⁶ e maior prevalência do desfecho entre os casados^{6,16,19} e viúvos¹⁵ e os que referiram cor da pele branca^{6,16}.

Avançar no conhecimento dos fatores associados à utilização dos serviços de cuidado de saúde é um elemento fundamental no desenho das políticas de saúde, já que interferem no orçamento público e privado de saúde, bem como no planejamento dos serviços do setor⁹. Florianópolis, em Santa Catarina, é a terceira capital brasileira com maior índice de envelhecimento do país²³, sendo de grande relevância a produção, num contexto mais adiantado de transição demográfica, de informações sobre a realização de consultas médicas entre os idosos e os fatores associados a ela. O objetivo do presente estudo é descrever a prevalência e testar a associação entre realização de consulta médica entre idosos nos últimos três meses e características socioeconômicas, demográficas, de serviços de saúde, hábitos de vida e condições de saúde.

MÉTODOS

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado EpiFloripa Idoso. Trata-se de uma pesquisa com recorte transversal e de base populacional com idosos (idade igual ou superior a 60 anos) realizado na área urbana do município de Florianópolis em 2009

e 2010. Seu objetivo foi estudar as condições de vida e saúde da população idosa do município. Florianópolis apresentou índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,875 em 2000 e a esperança de vida ao nascer era de 72,8 anos em 2000²⁴.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa Epi-Info, versão 6.04. Adotou-se a população de referência com base na estimativa da população idosa de Florianópolis em 2009 (44.460 idosos), com nível de confiança de 95%, prevalência esperada do fenômeno a ser investigado na população de 50%, erro amostral previsto de 4 pontos percentuais, efeito do delineamento amostral (deff) igual a 2, acréscimos de 20% para perdas estimadas e 15% para controle de fatores de confusão. Obteve-se como tamanho da amostra o total de 1.599 pessoas. Devido à disponibilidade de recursos financeiros ampliou-se a amostra para 1.911 pessoas. Foi possível calcular a posteriori o poder estatístico da amostra. A amostra permitiu identificar risco relativo mínimo de 1,47, considerando poder de 80%, erro alfa de 5%, razão de não expostos:expostos de 2:3 (distribuição de doença crônica) e prevalência nos não expostos de 14,6%.

O processo de amostragem foi realizado em duplo estágio. As unidades primárias de amostragem foram os setores censitários, de acordo com o censo demográfico de 2000 conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁵. Os domicílios constituíram o segundo estágio. Havia no município 420 setores censitários domiciliares urbanos. Inicialmente, foram selecionados 60 através de sorteio sistemático. Diante da necessidade de ampliação da amostra, 20 setores adicionais foram sorteados posteriormente, totalizando em 80 setores sorteados. Os 420 setores censitários foram estratificados em decis de acordo com a média de renda do chefe da família, sendo sorteados oito setores em cada estrato. Como o censo do IBGE mais atual datava de nove anos antes da realização do campo do presente estudo, foi necessário realizar novamente a contagem de domicílios particulares permanentes em cada setor sorteado. Desta forma, os setores que possuíam menos de 100 domicílios foram agrupados e setores com mais de 500 domicílios foram divididos, considerando-se a proximidade da região geográfica e o decil de renda dos setores. Após a atualização, fusões e divisões, chegou-se ao total de 83 setores.

Todos os moradores dos domicílios sorteados que apresentavam idade igual ou superior a 60 anos no momento da entrevista eram potenciais participantes do estudo. Como se trata de estudo de base populacional com amostragem domiciliar, foram excluídos indivíduos institucionalizados (asilos, hospitais, etc.).

Consideraram-se perdas os domicílios residenciais nos quais os elegíveis da pesquisa não foram encontrados ou não atenderam a entrevistadora em uma de suas quatro visitas, sempre realizadas em horários diferentes e sendo uma a noite ou ao meio dia e duas no final de semana. Consideraram-se recusas os indivíduos que optaram por não participar da pesquisa. Perdas e recusas não foram substituídas.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2009 e junho de 2010. Previamente ao campo foi realizado o pré-teste do questionário com 20 idosos e estudo piloto com 99 idosos em setores censitários não amostrados para o estudo propriamente dito. As entrevistas foram realizadas face a face por meio de um aparelho eletrônico

móvel (*Personal Digital Assistants* – PDA). O tempo de duração máxima da entrevista foi de 1 hora e 30 minutos. Semanalmente, foi realizado o controle de qualidade dos dados da pesquisa, reaplicando por telefone questionários simplificados contendo 16 perguntas chave a 10% dos sujeitos entrevistados, sorteados aleatoriamente.

A variável dependente do presente estudo foi a realização, autorreferida, de consulta médica nos últimos três meses, obtida através da seguinte pergunta: “*Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) consultou com médico?*”. As variáveis independentes analisadas no presente estudo foram baseadas no modelo conceitual de Andersen²⁶. Segundo o autor, os fatores de predisposição se referem às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde, como, por exemplo, sexo e idade. Os fatores capacitantes se referem à capacidade do indivíduo procurar e ser atendido pelos serviços de saúde, sendo assim, estão diretamente ligados às condições econômicas e à oferta de serviços, como renda pessoal, planos de saúde, suporte familiar e disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados. Por fim, os fatores de necessidade estão ligados às percepções subjetivas das pessoas e ao seu estado de saúde.

No presente estudo, as variáveis predisponentes utilizadas foram: sexo, idade (60 – 69 anos, 70 – 79 anos e 80 ou mais anos) e cor da pele autorreferida (branca, parda ou preta). As cores amarela (n=12) e indígena (n=16) foram excluídos da análise por apresentarem baixa frequência. As variáveis capacitantes utilizadas foram: renda domiciliar *per capita* em quartis, sendo 1º quartil (R\$ 0,00 a R\$ 327,50), 2º quartil (R\$ 327,51 a R\$ 700,00), 3º quartil (R\$ 700,01 a R\$ 1.500,00) e 4º quartil (R\$ 1.500,01 a R\$ 75.000,00); escolaridade em anos de estudo (0 – 4 anos, 5 – 8 anos, 9 – 11 anos ou 12 ou mais anos); e posse de plano de saúde particular (sim ou não). Por fim, as variáveis de necessidade de saúde verificadas foram: presença de doença crônica (nenhuma, uma, duas ou mais), autopercepção de saúde positiva (muito boa e boa) ou negativa (regular, ruim e muito ruim) e dor crônica (sim ou não).

Inicialmente, foi realizada análise descritiva. Foram estimadas as prevalências de consultas médicas para a população como um todo e segundo as variáveis exploratórias. Também foram descritos o tipo de serviço utilizado (público ou privado), os locais de atendimento (posto de saúde, consultório médico, ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato, ambulatório ou consultório de clínica, ambulatório de hospital, pronto-socorro ou emergência ou atendimento domiciliar) e os principais motivos da procura pela consulta médica (acidente ou lesão, doença, atestado de saúde, consulta de rotina, outros atendimentos preventivos e sintomas inespecíficos).

Em seguida foi realizada a análise de associação entre o desfecho e as variáveis independentes por meio da regressão de Poisson. Primeiramente, conduziu-se a análise bivariada e em seguida a múltipla, obtendo-se as razões de prevalências (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) como medidas de associação. Na análise múltipla, foram inseridas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bruta, conforme ordem crescente do valor p , segundo método *stepwise forward*. No modelo final foram mantidas as variáveis que apresentaram $p < 0,05$. Nesse modelo foram utilizados os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade conforme proposto por Andersen²⁶.

Foi utilizado o programa Stata 9.0 para a análise dos dados e considerados os pesos amostrais e o efeito de delineamento. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e seguiu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nesta pesquisa não existe de conflito de interesses.

RESULTADOS

A taxa de resposta do estudo foi de 89,2%, totalizando 1.705 pessoas efetivamente entrevistadas. Na Tabela 1 é apresentada a distribuição da amostra, sendo que a maioria dos idosos era do sexo feminino (63,9%) e pouco mais da metade encontrava-se na faixa etária mais nova. Em relação à escolaridade, 44% dos idosos tinham entre 0 e 4 anos de estudo e 63,8% possuíam plano de saúde. Sobre as condições de saúde, quase três quartos relataram duas ou mais doenças crônicas e a maioria percebia sua saúde como sendo muito boa e boa.

Ainda na Tabela 1 está apresentada a prevalência da utilização dos serviços médicos conforme as variáveis analisadas. Entre os idosos entrevistados, 70,4% (IC95% 67,5 – 73,4) haviam consultado com o médico nos três meses anteriores à entrevista. A prevalência do desfecho foi maior entre quem possuía mais de duas doenças crônicas (76,0%) em relação a quem não reportou doença crônica (43,1%) e entre quem relatou dor crônica (78,4%) em relação a quem não relatou (66,0%).

Pouco mais da metade das consultas realizadas foram de rotina (54,7%) e uma em cada quatro foi por doença (26,9%) (Tabela 2). O principal local de procura de atendimento foi o consultório médico, seguido do posto de saúde e ambulatório ou consultório de clínica. Quase duas em cada três consultas foram com médico especialista (64,8%). Em relação ao tipo de serviço, a maior parte foi por convênio (48,7%), seguido de consultas no Sistema Único de Saúde (SUS) (41,4%).

Na análise bruta dos testes de associação entre o desfecho e as variáveis independentes associaram-se com maior prevalência de consultas médicas o sexo feminino, o maior acúmulo de doenças crônicas, a autopercepção negativa de saúde e o relato de dor crônica (Tabela 3). Já na análise múltipla, a associação de sexo com o desfecho perdeu significância estatística e apenas fatores de necessidade permaneceram associados. Observou-se que a prevalência de consultas médicas foi 67% maior entre aqueles que reportaram duas ou mais doenças crônicas e 14% maior naqueles com autopercepção negativa de saúde em relação a quem não possuía nenhuma doença crônica e avaliava positivamente sua saúde, respectivamente. Sexo e dor crônica foram confundidos pela autopercepção de saúde e pela presença de doenças crônicas, perdendo associação após ajuste.

DISCUSSÃO

No presente estudo verificou-se que a prevalência da realização de consultas médicas nos últimos três meses foi de 70,4% em Florianópolis em 2009 e 2010. As variáveis

Tabela 1. Descrição da amostra estudada e prevalência de consultas médicas de acordo com fatores capacitantes, predisponentes e de necessidade na população idosa. Florianópolis, 2009 – 2010.

Variáveis*	Amostra n (%)	Prevalência de consultas médicas	IC95%
Predisponentes			
Sexo			
Feminino	1.089 (63,9)	73,0	69,1 – 77,0
Masculino	616 (36,1)	66,1	61,1 – 71,2
Faixa etária			
60 a 69	854 (50,1)	69,0	64,8 – 73,1
70 a 79	612 (35,9)	72,3	67,6 – 77,0
80 e mais	239 (14,0)	71,2	65,2 – 77,2
Cor da pele			
Branca	1.444 (87,0)	70,7	67,8 – 73,6
Parda	131 (8,0)	70,9	60,5 – 81,5
Preta	84 (5,0)	67,5	55,9 – 79,0
Capacitantes			
Escolaridade			
12 ou mais	394 (23,3)	72,5	64,8 – 80,1
9 a 11	324 (13,8)	64,1	54,8 – 73,5
5 a 8	321 (18,9)	74,8	69,1 – 80,5
0 a 4	745 (44,0)	69,7	65,9 – 73,5
Renda quartis			
1º quartil (menor)	418 (24,5)	73,1	66,7 – 79,6
2º quartil	425 (24,9)	67,1	62,3 – 72,0
3º quartil	435 (25,5)	70,3	65,7 – 74,9
4º quartil	427 (25,1)	71,2	65,1 – 77,2
Plano de saúde particular			
Sim	1.087 (63,8)	71,6	67,8 – 75,5
Não	618 (36,2)	68,2	63,5 – 72,9
Necessidade de saúde			
Doenças crônicas			
Nenhuma	147 (8,7)	43,1	34,2 – 52,1
1	293 (17,4)	60,7	55,8 – 65,7
2 ou mais	1.245 (73,9)	76,0	72,9 – 79,2
Autopercepção de saúde			
Positiva	860 (51,2)	63,5	59,3-67,6
Negativa	821 (48,8)	78,1	74,7 – 81,6
Dor crônica			
Não	1.083 (63,5)	66,0	62,0 – 70,0
Sim	622 (36,5)	78,4	74,5 – 82,4

*Todas as análises foram realizadas considerando os pesos amostrais e efeito do delineamento; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2. Características relacionadas à prevalência de consultas médicas nos três meses anteriores à pesquisa. Florianópolis, 2009 – 2010.

Variáveis*	Prevalência de consultas (%)	IC95%
Motivo da última consulta		
Acidente ou lesão	4,9	2,6 – 7,2
Doença	26,9	23,0 – 30,8
Atestado de saúde	0,5	0,1 – 0,9
Consulta de rotina	54,7	50,2 – 59,1
Outros atendimentos preventivos	7,4	5,0 – 9,9
Sintomas específicos	5,6	3,8 – 7,4
Onde procurou atendimento		
Posto de saúde	30,1	25,5 – 34,8
Consultório médico	34,6	26,8 – 42,2
Ambulatório ou consultório de empresa	3,3	1,2 – 5,4
Ambulatório ou consultório de clínica	20,7	15,5 – 25,9
Ambulatório de hospital	6,5	4,3 – 8,8
Pronto-socorro ou emergência	3,0	1,6 – 4,4
Atendimento domiciliar	1,8	0,8 – 2,7
Tipo de atendimento		
Consulta com clínico geral	33,5	28,1 – 38,7
Consulta com especialista	64,8	59,3 – 70,1
Encaminhamento à emergência ou internação	1,2	0,3 – 2,0
Somente marcação de consulta	0,5	0,0 – 1,0
Tipo de serviço de saúde		
Público (Sistema Único de Saúde - SUS)	41,4	35,4 – 47,5
Particular	9,9	6,5 – 13,2
Por Convênio (Plano de saúde)	48,7	42,3 – 55,1

*Todas as análises foram realizadas considerando os pesos amostrais e efeito do delineamento; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

predisponentes e capacitantes não estiveram associadas ao uso de consultas médicas pela população investigada. Em relação às variáveis de necessidade de saúde, autopercepção de saúde e presença de doenças crônicas estiveram associadas ao desfecho.

A prevalência de consultas médicas no presente estudo foi elevada. Analisando esse desfecho com o mesmo período recordatório, Pinheiro e Travassos¹³ identificaram

Tabela 3. Análise de regressão de Poisson bruta e ajustada da prevalência de consultas médicas conforme fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade da população idosa. Florianópolis, 2009 – 2010.

Variáveis*	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP	IC95%	Valor p	RP	IC95%	Valor p
Predisponentes						
Sexo			0,044			0,364
Masculino	1,00			1,00		
Feminino	1,10	1,00 – 1,22		1,04	0,95 – 1,15	
Faixa etária			0,369	#EXCL		
60 a 69	1,00					
70 a 79	1,05	0,96 – 1,14				
80 e mais	1,03	0,93 – 1,15				
Cor da pele			0,699	#EXCL		
Branca	1,00					
Parda	1,00	0,87 – 1,15				
Preta	0,95	0,80 – 1,14				
Capacitantes						
Escolaridade			0,880	#EXCL		
12 ou mais	1,00					
9 a 11	0,88	0,73 – 1,07				
5 a 8	1,03	0,92 – 1,16				
0 a 4	0,96	0,86 – 1,08				
Renda quartis			0,809	#EXCL		
1º quartil (menor)	1,00					
2º quartil	0,92	0,82 – 1,03				
3º quartil	0,96	0,86 – 1,07				
4º quartil	0,97	0,86 – 1,10				
Plano de saúde Particular			0,277	#EXCL		
Não	1,00					
Sim	1,05	0,96 – 1,15				
Necessidade						
Doenças crônicas			< 0,001			< 0,001
Nenhuma doença	1,00			1,00		
1 doença	1,41	1,14 – 1,74		1,39	1,13 – 1,72	
2 ou mais doenças	1,76	1,44 – 2,15		1,67	1,37 – 2,04	
Autopercepção de saúde			< 0,001			< 0,001
Positiva	1,00			1,00		
Negativa	1,23	1,14 – 1,32		1,14	1,07 – 1,22	
Dor crônica			< 0,001			0,119
Não	1,00			1,00		
Sim	1,19	1,10 – 1,28		1,07	0,98 – 1,16	

*Todas as análises foram realizadas considerando os pesos amostrais e efeito do delineamento; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; #EXCL: variável não inserida por apresentar $p > 0,200$ na análise bruta.

prevalência de 60% na área de Copacabana e Méier, no município do Rio de Janeiro. Outras pesquisas nacionais e internacionais utilizaram os últimos 12 meses como período recordatório, impedindo comparações diretas com o presente estudo. Enquanto o Projeto SABE¹⁴ identificou prevalência de consulta médica no último ano de 83,3% em São Paulo, observou-se em países como Estados Unidos¹⁵, Canadá⁹, Nova Zelândia¹⁶, México^{10,27} e Costa Rica¹² o uso de consultas médicas entre 88⁹ e 23%¹².

É possível que a elevada prevalência de consultas em Florianópolis seja parcialmente influenciada pela elevada renda populacional²⁴ e ampla cobertura de planos de saúde em comparação a outros municípios brasileiros, em muitos casos ampliando a rede de profissionais e possibilidades de consultas. Outra hipótese que pode explicar parcialmente a alta prevalência de consultas no município estudado é a tendência crescente na cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Florianópolis, sendo de 28,8% em 1999, de 61,7% em 2005 e de 77,6% em 2008²⁸. Entende-se que, potencialmente, essa elevada cobertura da ESF oferece maior facilidade de acesso aos serviços de atenção básica e, conseqüentemente, de realização de consultas médicas.

Os dados encontrados não demonstraram associação entre sexo e realização de consultas médicas, fato semelhante ao observado em estudo conduzido no Canadá em 2005⁹ e estudo transversal na América Latina, China, Índia e Nigéria (2003 – 2005) com idosos²⁹. Entretanto, a maioria dos estudos sobre o tema encontraram associação positiva entre idosos do sexo feminino e maior prevalência de consultas médicas, reproduzindo nesse desfecho o padrão de maior uso de serviços de saúde entre as mulheres^{10,11,15,17,22,27}.

Também não se observou associação de consultas com idade, achado diverso ao reportado na maior parte da literatura sobre o tema, nos quais se verificou que idosos com idade mais avançada tiveram maior prevalência de consultas médicas^{8,9,10,11,22}. Cor da pele também não esteve associada ao desfecho, porém em estudos de Costa et al.⁶, Scott et al.¹⁶ e Burt e Schappert²⁰ foi encontrada associação positiva entre reportar cor de pele branca e apresentar maior prevalência de consultas médicas. Resultado diferente foi encontrado nos Estados Unidos, onde pessoas de cor preta apresentaram maior taxa de consultas médicas do tipo ambulatoriais¹⁷. Existe a possibilidade de que, no presente estudo, esses achados não foram evidenciados devido ao fato da amostra não ter poder estatístico para testar associação entre essas variáveis, ou ainda a possibilidade de que no município estudado não ocorra essa desigualdade na utilização dos serviços médicos.

Dentre os fatores capacitantes, as variáveis renda familiar *per capita* e escolaridade não apresentaram associação com o desfecho. No entanto, diversos estudos^{6,13,15,16} têm encontrado frequentemente essa associação positiva, como no estudo de Chen¹⁵, no qual o nível de pobreza foi o único fator capacitante que apresentou significância estatística, sendo que quanto mais baixa a renda, menor o uso do serviço médico. Ainda sobre os fatores socioeconômicos, estudos observaram que quanto mais elevado o nível de escolaridade, maior o número de visitas ao consultório médico^{6,15}. A posse de seguro de saúde privado não ficou associada no modelo final, porém, estudo nos Estados Unidos¹⁵ refere que, quanto aos fatores capacitantes, ter um plano privado além do *Medicare* aumentou a chance de usar serviços médicos. Um fator importante a

se observar é que os sistemas de saúde que financiam serviços médicos privados ameaçam excluir os idosos mais pobres e aqueles sem estabilidade financeira²⁹. Porém, isso não foi observado em Florianópolis, e também não houve desigualdade de renda, escolaridade e cor na utilização de consultas médicas, podendo indicar indiretamente um aspecto positivo do serviço de saúde em geral do município, pois esses fatores socioeconômicos e demográficos, além de posse do seguro de saúde privado, não modularam a prevalência de consultas médicas nos últimos três meses.

O presente estudo encontrou que o estado de saúde autorreferido e a presença de doenças crônicas foram os principais determinantes da utilização dos serviços de médicos, corroborando com o avaliado por Scott et al.¹⁶, na Nova Zelândia. Também de acordo com estudo realizado no Rio de Janeiro, o fator mais importante na explicação da variação no uso de serviços de saúde por idosos foi a necessidade¹³, resultado semelhante ao encontrado em estudo em Atenas, Grécia, onde o fator de necessidade mensurado pela autopercepção de saúde foi o que mais contribuiu para a variação na utilização dos serviços médicos²². Outros estudos encontraram associação positiva entre as variáveis de necessidade, tais como presença de pelo menos uma condição crônica e pior percepção de saúde e o desfecho^{6,8,9,12,15,18,20-22}.

Destaca-se que quase seis em cada dez consultas foram realizadas no setor privado, seja por pagamento direto ou plano de saúde. A alta cobertura populacional de planos de saúde no município certamente contribuiu para esse padrão de uso. Ao se analisar o Brasil como um todo, Veras e Parahyba³⁰ identificaram que a maior proporção dos atendimentos em saúde dos idosos se dava no setor público.

Outro ponto a se destacar foi a alta prevalência de consultas com especialistas. Como os idosos relataram em grande proporção que a consulta realizada foi de rotina e mais de 90% deles reportaram ao menos uma doença crônica, pode-se supor que o acompanhamento desses agravos se dê majoritariamente com médicos especialistas.

O acesso potencial aos serviços de saúde é definido pelos fatores capacitantes e a efetivação do acesso é o uso real dos serviços de saúde. Se o acesso aos serviços ocorre de maneira equitativa, o fator da necessidade deve ser o principal determinante na utilização, enquanto que os fatores predisponentes e capacitantes devem representar uma pequena proporção da variação no uso dos serviços. O acesso aos serviços de saúde pode ser considerado justo se o fator de necessidade é o principal determinante na utilização²⁶.

Uma limitação do presente estudo foi a dificuldade de validação do desfecho devido ao potencial viés de memória, podendo levar a uma subestimação ou superestimação do desfecho e de variáveis exploratórias, como a prevalência de doenças crônicas. Porém o uso de um período recordatório menor na mensuração do desfecho (3 meses), diferente do período utilizado em outros estudos, de até 12 meses, tende a minimizar a possibilidade desse viés. Entretanto, só permitem comparações diretas os estudos de prevalência com o mesmo período avaliado. Além disso, destaca-se que o presente estudo restringiu sua análise à prevalência de consulta médica, que não pode ser entendida como única medida de contato dos idosos com os serviços de saúde. Eles também podem utilizá-los através

de consultas com outros profissionais, em campanhas de vacinação, para medir níveis de glicemia e pressão arterial, entre outros. Dentre as vantagens, ressalta-se a alta taxa de resposta, com perdas homogêneas distribuídas pela amostra. Também se destaca que a distribuição da amostra por sexo e faixa etária foi semelhante à estimada pelo IBGE para o município em 2009.

CONCLUSÃO

Os resultados apontam para uma distribuição equitativa na utilização dos serviços médicos, já que o que determina o uso são essencialmente os fatores de necessidade de saúde dos idosos e não os fatores como renda, escolaridade e plano de saúde; nem mesmo os predisponentes como sexo, idade e cor da pele.

Informações sobre as condições de saúde dos idosos são úteis para o acompanhamento e planejamento da oferta e do tipo de atendimento nos serviços de atendimento médico à saúde. Andersen²⁶ relatou a necessidade de ir além do saber se a pessoa vai ou não com regularidade a uma fonte de cuidado, sendo necessário compreender como é a organização dos cuidados médicos, assim melhorando a capacidade de explicar e prever o uso, já que os serviços de saúde fazem parte de um grande setor da economia.

Para conhecimento do perfil de consumo dos serviços de saúde é necessário o acompanhamento e monitoramento dos fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade através de informação em saúde, que se constitui como importante forma de subsidiar a gestão dos serviços³¹.

Os resultados do presente estudo indicaram que, no município analisado, os fatores capacitantes não modularam a prevalência de consultas médicas, sendo oportunos estudos adicionais sobre o serviço do local para identificar fatores facilitantes do uso de consultas médicas pelos idosos. Adicionalmente, políticas públicas devem ser pensadas para os grupos populacionais que mais demandam consultas médicas, como pessoas com doenças crônicas e com autopercepção negativa de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde, tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. p. 60.
2. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17(5/6): 333-41.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Comunicado do Ipea nº 64: PNAD 2009 – Primeiras Análises: Tendências demográficas, outubro de 2010. Disponível em: <http://www.viablog.org.br/conteudo/Comunicadoipea64.pdf>. (Acessado em: 23 de julho de 2012).
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. (Acessado em: 25 de julho de 2012).
5. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 548-54.

6. Costa JSD, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RS, Piccinini F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(6): 1074-84.
7. Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13(4): 239-46.
8. Knox SA, Britt H. The contribution of demographic and morbidity factors to self-reported visit frequency of patients: a cross-sectional study of general practice patients in Australia. *BMC Fam Pract* 2004; 5:17.
9. Nabalamba A, Millar WJ. Going to the doctor. *Health Rep* 2007; 18(1): 23-35.
10. Wong R, Díaz JJ. Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities. *Salud Pública Mex* 2007; 49(Suppl 4): s505-14.
11. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10): 2467-78.
12. Llanos AA, Morera-Salas M, Barber-Pérez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y, Varga JR. Factores relacionados con la utilización de servicios de salud en Costa Rica. *Rev Salud Pública* 2009; 11(3): 323-35.
13. Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(3): 487-96.
14. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(4): 733-40.
15. Chen LM. Is there disparity in physician service use? A comparison of Hispanic and white Medicare beneficiaries. *Health Soc Work* 2010; 35(3): 181-90.
16. Scott KM, Marwick JC, Crampton PR. Utilization of general practitioner services in New Zealand and its relationship with income, ethnicity and government subsidy. *Health Serv Manage Res* 2003; 16(1): 45-55.
17. Schappert SM, Burt CW. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001-02. *Vital Health Stat* 13 2006; (159): 1-66.
18. Pourat N, Lubben J, Yu H, Wallace S. Perceptions of health and use of ambulatory care: differences between Korean and White elderly. *J Aging Health* 2000; 12(1): 112-34.
19. Miltiades HB, Wu B. Factors affecting physician visits in Chinese and Chinese immigrant samples. *Soc Sci Med* 2008; 66(3): 704-14.
20. Burt CW, Schappert SM. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 1999-2000. *Vital Health Stat* 13 2004; (157): 1-70.
21. Cherry D, Lucas C, Decker SL. Population aging and the use of office-based physician services. *NCHS Data Brief* 2010; (41): 1-8.
22. Pappa E, Niakas D. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 146.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações demográficas e socioeconômicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popbr.def>. (Acessado em: 23 de julho de 2012).
24. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2003. Disponível em: www.pnud.org.br/atlas/. (Acessado em 02 de fevereiro de 2010).
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2000. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm. (Acessado em 05 de dezembro de 2009).
26. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care* 2008; 46(7): 647-53.
27. Codova MIP, Mercado EJC, Martínez SP, Gómez TA, Ángel B. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud por el adulto mayor a Tampico – Tamaulipas – México 2003-2004. *Invest Educ Enferm* 2006; 24(2): 30-8.
28. Sisson MC, Andrade SR, Giovanella L, Almeida PF, Fausto MCR, Souza CRP. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saude Soc* 2011; 20(4): 991-1004.
29. Albanese E, Liu Z, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. Equity in the delivery of community healthcare to older people: findings from 10/66 Dementia Research Group cross-sectional surveys in Latin America, China, India and Nigeria. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 153.
30. Veras R, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10): 2479-89.
31. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(3): 436-43.

Recebido em: 30/04/2013

Versão final apresentada em: 01/10/2013

Aceito em: 13/11/2013