

Marcelo F Capilheira

Iná da Silva dos Santos

Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos

Individual factors associated with medical consultation by adults

RESUMO

OBJETIVO: Identificar características individuais associadas à maior probabilidade de consultar o médico e o fazer em excesso.

MÉTODOS: Estudo de base populacional com 3.100 adultos (≥ 20 anos), moradores de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, de outubro a dezembro de 2003. Foi utilizada amostragem por conglomerados em múltiplos estágios. Foi realizada entrevista para obter dados socioeconômicos, demográficos e de saúde, além do número de consultas no período de três meses anteriores. A referência de ≥ 4 consultas foi considerada superutilização. As análises multivariadas foram realizadas por regressão de Poisson baseadas em um modelo conceitual e apresentadas em razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95%.

RESULTADOS: A prevalência de consulta ao médico foi de 55,1%. A maior probabilidade de consultar um médico esteve associada às mulheres, hospitalização no ano anterior, ex-tabagismo, diabetes e hipertensão arterial. Verificou-se tendência de consultas conforme o avanço da idade ($p < 0,001$) e piora da autopercepção de saúde ($p < 0,001$). A prevalência de superutilização de consultas foi de 9%, associada positivamente ao sexo feminino, hospitalização no ano anterior e história de hipertensão. A tendência de consultas em excesso esteve associada com aumento do índice de massa corporal ($p = 0,01$), avanço da idade ($p = 0,006$) e piora da autopercepção de saúde ($p < 0,001$).

CONCLUSÕES: Estiveram associados à consulta e sua superutilização ser do sexo feminino, ser hipertenso e ter estado hospitalizado no ano anterior, além do aumento de idade e piora da autopercepção de saúde.

DESCRIPTORIOS: Serviços de saúde, utilização. Acesso aos serviços de saúde, estatística e dados numéricos. Necessidades e demanda de serviços de saúde, estatística e dados numéricos. Estudos transversais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify individual characteristics associated with a higher likelihood of consulting a physician and excess physician appointments.

METHODS: We carried out a population-based study including 3,100 adults (≥ 20 years) living in the city of Pelotas, Southern Brazil between October and December 2003, using a multi-stage cluster sampling strategy. Subjects were interviewed to obtain socioeconomic, demographic, and health-related data, as well as information on the number of medical appointments in the past three months. Overusage was defined as ≥ 4 appointments. Multivariate analysis was carried out using Poisson

Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia. Universidade Federal de
Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Marcelo F. Capilheira
Av. Duque de Caxias, 250 3º andar
96030-002 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: capilheira@brturbo.com

Recebido: 9/5/2005 Revisado: 14/10/2005
Aprovado: 5/12/2005

regression based on a conceptual model, and results are presented as prevalence ratios and their respective 95% confidence intervals.

RESULTS: The prevalence of medical appointments was 55.1%. Higher likelihood of consulting a physician was associated with female sex, hospital admission in the past year, former smoking, diabetes, and arterial hypertension. We found an increasing trend in the number of appointments with increasing age ($p < 0.001$) and decreasing self-perceived health status ($p < 0.001$). Prevalence of over utilization was 9%, and showed positive association with increased body mass index, ($p = 0.01$), increasing age ($p = 0.006$), and decreasing self-perceived health status ($p < 0.001$).

CONCLUSIONS: Presence and over utilization of physician appointments were associated with female sex, hypertension, and hospital admission in past year, as well as with increasing age and decreasing self-perceived health status.

KEYWORDS: Health services, utilization. Health services accessibility, statistics & numerical data. Health services needs and demand, statistics & numerical data. Cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

O uso da epidemiologia na área de serviços de saúde tem tido crescente importância, fornecendo subsídios para as decisões dos gestores de saúde, especialmente nas suas avaliações.²¹ Nesse contexto, os estudos de base populacional fornecem informações valiosas para a caracterização dos usuários e o padrão de utilização dos serviços, possibilitando o entendimento e a aplicabilidade dos resultados.^{5,7,8,16}

A necessidade de se conhecer as características dos usuários dos serviços de saúde e o padrão de utilização são primordiais para o planejamento do sistema de saúde. Estudos realizados na região Sul do Brasil forneceram importantes informações sobre o assunto, principalmente, relacionadas a consultas médicas.^{6,14} Entretanto, as mudanças estruturais e funcionais do sistema de saúde do País exigem que as informações sobre a utilização de serviços sejam periodicamente atualizadas. Em Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, os últimos dados datam do ano de 1992.

As informações sobre indivíduos atendidos em consulta médica são muito importantes para gestores de saúde. Tais indivíduos sobrecarregam o sistema ambulatorial de consultas, tanto no aspecto tempo (maior demanda para os serviços), quanto no aspecto financeiro (maior solicitação de exames complementares).

Vários são os motivos que levam à procura de um serviço de saúde, dentre eles, preventivos, administrativos, doenças agudas e doenças crônicas.⁶ Além disso, aspectos inerentes aos indivíduos, serviços, sistema de saúde e profissionais sobrepõem-se para

formar uma complexa cadeia causal da utilização de serviços de saúde.

O presente estudo teve por objetivo caracterizar os usuários dos serviços de saúde e identificar os determinantes individuais da utilização e superutilização de consultas médicas, no intuito de ampliar o conhecimento sobre a população atendida no sistema nacional de saúde.

MÉTODOS

A cidade de Pelotas, localizada no extremo sul do Brasil, apresenta cerca de 320 mil habitantes, dos quais 93% moram na zona urbana.⁹

Trata-se de estudo transversal, de base populacional com adultos (20 anos ou mais) moradores da zona urbana. Indivíduos internados em asilos ou incapazes de responder ao questionário aplicado foram excluídos. O trabalho de campo ocorreu no período de outubro a dezembro de 2003, segundo metodologia descrita em trabalho anterior.⁴

Seriam necessários 2.873 indivíduos para determinação da prevalência de consulta ao médico no período estudado. A seleção da amostra ocorreu em múltiplos estágios, baseada nos dados do censo populacional brasileiro do ano 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).⁹ As médias de renda, obtidas por setor censitário, foram ordenadas de forma crescente. Foram selecionados 144 dos 404 setores censitários por sorteio sistemático.

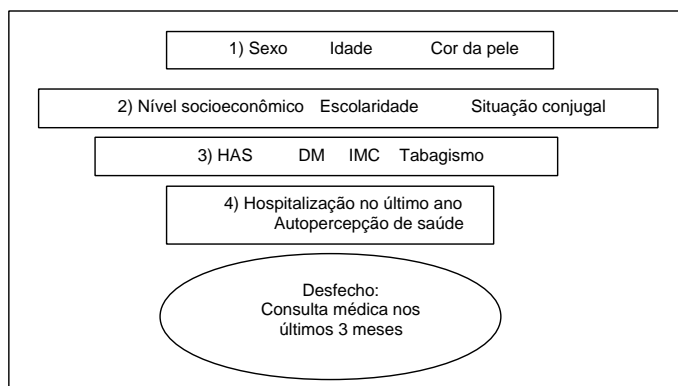
Na etapa seguinte, selecionaram-se, em média, 10 casas em cada setor ($n = 1.530$ domicílios). Esses do-

micípios foram visitados e a todos os seus moradores com 20 anos de idade ou mais foram aplicados questionários por entrevistadores treinados.

A variável dependente “consulta ao médico” foi obtida pela referência do entrevistado de “ter consultado com médico nos três meses anteriores à data da entrevista”. O segundo desfecho (ter consultado quatro vezes ou mais nos três meses anteriores à entrevista) foi obtido pela referência ao número de consultas realizadas. Foi escolhido o ponto de corte de quatro consultas ou mais baseado nas recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, que preconiza uma média de duas a três consultas por habitante ao ano. Utilizou-se recordatório de três meses, considerando que um período maior provavelmente acarretaria em subestimativa dos resultados.¹⁹ Ambos desfechos foram analisados conforme as mesmas variáveis independentes e mesmo modelo hierárquico. As variáveis independentes incluíam sexo, idade (em anos completos), escolaridade (em anos completos de estudo), cor da pele (classificada em branca e não branca, conforme observação dos entrevistadores), situação conjugal (casado ou com companheiro; solteiro ou sem companheira; separado; viúvo) e classe econômica. Para essa última, foi utilizada a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa* (ABEP), que categoriza os indivíduos em classes econômicas A, B, C, D e E, em ordem decrescente, do mais rico ao mais pobre. Para fins de análise, essa variável foi reagrupada em classes AB, C e DE, em virtude de haver poucos indivíduos nas classes extremas.

Foram obtidas também variáveis independentes ligadas à saúde, como: hospitalizações no último ano, Diabetes Mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), diagnosticadas por médico; tabagismo (sendo considerado tabagista o indivíduo que fumasse, no mínimo, um cigarro por dia, há mais de um mês; e ex-tabagista o indivíduo que parou de fumar há pelo menos um mês) e Índice de Massa Corporal (IMC) em kg/m². O IMC foi obtido pelo peso e altura referidos pelos entrevistados, sendo categorizado em quatro grupos: obeso (IMC > 30 kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²), normal (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m²) e magro (IMC < 18,5 kg/m²). A autopercepção de saúde também foi investigada, dividida em três categorias: (1) excelente e muito boa, (2) boa e (3) regular e ruim.

A prevalência do desfecho, conforme as variáveis independentes, e as razões de risco brutas foram cal-



HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabete Mellitus; IMC: Índice de Massa Corporal

Figura - Modelo hierárquico de análise. No nível 1 estão as variáveis mais distais, no nível 2 e 3 as intermediárias e no nível 4 as variáveis proximais ao desfecho. Pelotas, RS, 2003.

culados pelas análises bivariadas. As análises ajustadas foram realizadas conforme um modelo hierárquico de análise,²³ mostrado na Figura. Nessa abordagem, o efeito de cada variável foi controlado para as variáveis do mesmo nível ou acima. Idade, sexo e cor da pele foram consideradas variáveis do primeiro nível porque estas podem ser determinantes de diferentes inserções no mercado de trabalho e diferenciação salarial. Foram mantidas no modelo as variáveis com valor $p \leq 0,20$, para fins de controle de possíveis fatores de confusão. A regressão de Poisson foi utilizada por se tratar de um desfecho freqüente, para obtenção das razões de prevalência,² com seleção “para trás” das variáveis. O tratamento estatístico foi realizado por meio do programa Stata 8.0. Todas análises consideraram a amostragem por conglomerados.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

RESULTADOS

As perdas e recusas contabilizaram 3,5% da amostra inicial, tendo sido entrevistadas 3.100 pessoas com idade de 20 anos ou mais. O efeito de delineamento amostral para o desfecho foi de 0,95. A prevalência de pelo menos uma consulta com médico nos três meses anteriores à entrevista foi de 55,1% (IC 95%: 53,4%-56,9%). A média de consultas no mesmo período foi de 1,36 (IC 95%: 1,28-1,44).

Os indivíduos da amostra eram em sua maioria mulheres, cor da pele branca (81%), pertencentes a classes econômicas mais baixas, com média de idade de 43 anos e média de escolaridade de oito anos completos. Cerca de um terço da amostra estava classifi-

*Disponível em http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf [acesso em 6 fev 2006]

Tabela 1 -Prevalência de consultas médicas (P) e razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas, conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Pelotas, RS, 2003. (N=3.100)

Variável	%	P (%)	RP (IC 95%)	Análise bruta p	RP (IC 95%)	Análise ajustada* p
Sexo				<0,001**		<0,001****
Masculino	43,4	42,6	1,00		1,00	
Feminino	56,6	64,7	1,52 (1,41;1,63)		1,51 (1,40;1,62)	
Idade (anos completos)				<0,001***		<0,001***
20-29	24,5	49,3	1,00		1,00	
30-39	20,8	48,7	0,99 (0,89;1,10)		0,98 (0,89;1,09)	
40-49	21,9	58,3	1,18 (1,07;1,31)		1,18 (1,07;1,30)	
50-59	15,9	58,0	1,18 (1,05;1,32)		1,17 (1,05;1,30)	
60 ou +	16,9	64,8	1,31 (1,19;1,45)		1,28 (1,16;1,42)	
Classe econômica				0,001***		0,05***
D/E	41,9	52,2	1,00		1,00	
C	33,0	53,9	1,03 (0,95;1,12)		1,02 (0,93;1,12)	
A/B	25,1	61,6	1,18 (1,08;1,29)		1,13 (1,01;1,27)	
Situação conjugal				<0,001****		0,01****
Casado(a)	63,2	55,9	1,00		1,00	
Solteiro(a)	21,1	48,6	0,87 (0,79;0,95)		0,89 (0,81;0,98)	
Separado(a)/ Viúvo(a)	15,7	60,7	1,09 (0,99;1,19)		0,89 (0,80;0,98)	

*Análise ajustada para variáveis do mesmo nível e níveis superiores

**Teste qui-quadrado

***Teste de tendência linear

****Teste de heterogeneidade

cada como em sobrepeso (32,7%) e quase metade como normal (49,4%), conforme o IMC. As Tabelas 1 e 2 mostram as demais características da amostra.

A consulta ao médico (Tabela 1) foi mais freqüente entre as mulheres, entre indivíduos pertencentes ao nível socioeconômico mais elevado e com 60 anos ou mais de idade. Observou-se tendência linear com a idade, sendo que os indivíduos da faixa de 60 anos ou mais apresentaram uma probabilidade 28% maior de consultar um médico do que os de 20 a 29 anos, tomados como referência.

A escolaridade ($p=0,1$) e a cor da pele ($p=0,4$) não apresentaram associação significativa com consulta ao médico, tanto na análise bruta quanto na ajustada (valores-p referentes à análise ajustada). Os indivíduos

que referiram estarem solteiros ou viúvos/separados apresentaram probabilidade 11% menor de consultar um médico nos últimos três meses do que os casados ou que viviam maritalmente. A probabilidade de ter tido uma consulta também apresentou correlação positiva com o nível socioeconômico. Essa variável apresentou uma forte associação linear na análise bruta, entretanto, quando ajustada no modelo, ficou no limite da significância estatística ($p=0,05$).

Considerando os aspectos de saúde da população (Tabela 2), verificou-se que os indivíduos que referiram ser portadores de HAS ou Diabetes Mellitus e aqueles que relataram hospitalização no último ano tiveram probabilidades, respectivamente, 19%, 16% e 46% maiores de consultar nos três meses anteriores à entrevista do que suas referências.

Tabela 2 - Prevalência de consultas médicas (P) e razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas, conforme variáveis de saúde. Pelotas, RS, 2003. (N=3.100)

Variável	%	P (%)	RP (IC 95%)	Análise bruta p	RP (IC 95%)	Análise ajustada* p
Hospitalização no ano anterior				<0,001**		<0,001****
Não	91,1	52,3	1,00		1,00	
Sim	8,9	84,7	1,62 (1,53;1,72)		1,46 (1,38;1,54)	
Tabagismo				<0,001****		0,003****
Nunca fumou	51,2	56,0	1,00		1,00	
Fumante	26,7	49,2	0,88 (0,81;0,96)		0,98 (0,89;1,06)	
Ex-fumante	22,1	60,4	1,08 (1,00;1,16)		1,12 (1,04;1,21)	
Autopercepção de saúde				<0,001***		<0,001***
Excelente/ Muito boa	27,9	48,1	1,00		1,00	
Boa	46,4	51,1	1,06 (0,97;1,16)		1,06 (0,97;1,15)	
Regular / ruim	25,7	70,0	1,46 (1,33;1,60)		1,33 (1,20;1,48)	
DM referido				<0,001****		0,002****
Não	93,6	54,2	1,00		1,00	
Sim	6,4	71,1	1,31 (1,20;1,44)		1,16 (1,06;1,26)	
HAS referida				<0,001****		<0,001****
Não	76,5	51,3	1,00		1,00	
Sim	23,5	68,0	1,32 (1,24;1,42)		1,19 (1,10;1,28)	

DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão arterial sistêmica

*Análise ajustada para variáveis do mesmo nível e níveis superiores

**Teste do qui-quadrado

***Teste de tendência linear

****Teste de heterogeneidade

Quanto ao tabagismo, observou-se que a prevalência de consultas foi maior entre os ex-fumantes (60,4%). Eles apresentaram probabilidade 12% maior de consultar um médico no período estudado, em comparação aos que nunca fumaram. Não houve diferença significativa na prevalência de consultas entre indivíduos tabagistas e que nunca fumaram. A autopercepção de saúde esteve linearmente associada com a consulta médica, sendo que a probabilidade de consultar um médico aumentou conforme a piora da saúde segundo a autopercepção ($p < 0,001$), tanto na análise bruta quanto na ajustada.

O IMC não apresentou associação significativa com a probabilidade de consultar, mesmo após análise ajustada ($p = 0,4$). Entretanto, essa variável não incluiu 381 indivíduos (12,2%) por falta de informação sobre peso e/ou altura.

Os resultados da análise dos dados sobre os indivíduos que tiveram consulta médica em excesso estão na Tabela 3. A prevalência de superutilização foi de 17,0% (IC 95%: 15,2%-18,8%) entre os pacientes que referiram ter consultado o médico nos três meses anteriores à entrevista, e de 9,4% (IC 95%: 8,2-10,5) na amostra em geral. A média de consultas nesse grupo foi de 6,8 (IC 95%: 5,8-7,7) no período de três meses.

Entre as variáveis socioeconômicas e demográficas,

o sexo feminino e idade mais avançada tiveram associação significativa tanto na análise bruta quanto na ajustada. As mulheres tiveram probabilidade 2,6 vezes maior de consultar um médico em excesso do que os homens ($p < 0,001$). Verificou-se tendência de aumento do número de superutilização de consultas à medida que avança a idade, sendo os indivíduos com 60 anos ou mais de idade os com maior probabilidade de superutilizar o sistema de saúde. A idade, escolaridade, classe econômica, cor da pele e situação conjugal não apresentaram associação significativa tanto na análise bruta quanto na ajustada.

Considerando as variáveis de saúde, as pessoas que foram hospitalizadas no período de um ano anterior à entrevista apresentaram probabilidade três vezes maior de consultar um médico em excesso. Diferentemente do observado para o desfecho "consulta nos últimos três meses", o IMC esteve associado linearmente com o desfecho, sendo maior a probabilidade de consultar um médico em excesso conforme aumentava o IMC ($p = 0,01$). A autopercepção de saúde também mostrou associação linear significativa ($p < 0,001$). Os indivíduos que consideraram seu estado de saúde regular ou ruim, tiveram probabilidade 3,8 vezes maior de consultar quatro vezes ou mais, no período de três meses anteriores à entrevista. As doenças crônicas (DM e HAS) apresentaram associação com o excesso de consultas na análise bruta, po-

Tabela 3 - Prevalência de superutilização (P) e razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas, conforme as variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde. Pelotas, RS, 2003 (N=3.100).

Variável	P (%)	Análise bruta		Análise ajustada*	
		RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Sexo			<0,001**		<0,001****
Masculino	4,8	1,00		1,00	
Feminino	12,8	2,65 (2,06;3,39)		2,62 (2,04;3,37)	
Idade (anos completos)			0,004***		0,006***
20-29	8,3	1,00		1,00	
30-39	7,4	0,90 (0,62;1,30)		0,88 (0,61;1,27)	
40-49	9,3	1,12 (0,78;1,60)		1,11 (0,78;1,57)	
50-59	10,1	1,22 (0,87;1,72)		1,21 (0,87;1,70)	
60 ou +	12,6	1,52 (1,10;2,12)		1,46 (1,05;2,04)	
Hospitalização no ano anterior			<0,001**		<0,001****
Não	7,4	1,00		1,00	
Sim	29,6	3,99 (3,21;4,96)		3,03 (2,38;3,86)	
IMC (kg/m ²)*****			0,001***		0,01***
<18,5	4,5	1,00		1,00	
18,5-24,9	8,2	1,83 (0,61;5,49)		2,14 (0,71;6,49)	
25,0-29,9	10,0	2,24 (0,73;6,86)		2,66 (0,85;8,36)	
30 ou +	13,3	2,97 (0,96;9,21)		2,93 (0,92;9,37)	
Autopercepção de saúde			<0,001***		<0,001***
Excelente/muito boa	3,8	1,00		1,00	
Boa	7,5	1,95 (1,31;2,92)		1,74 (1,17;2,60)	
Regular/ruim	18,8	4,93 (3,46;7,01)		3,76 (2,58;5,47)	
DM referido			<0,001**		0,09****
Não	8,9	1,00		1,00	
Sim	17,0	1,92 (1,37;2,68)		1,40 (0,95;2,07)	
HAS referida			<0,001**		0,02****
Não	7,9	1,00		1,00	
Sim	14,2	1,81 (1,43;2,29)		1,45 (1,06;1,99)	

IMC: Índice de massa corporal

*Análise ajustada para variáveis do mesmo nível e níveis superiores

**Teste do qui-quadrado

***Teste de tendência linear

****Teste de heterogeneidade

*****Não foi possível calcular o IMC para 381 indivíduos por falta de informação do peso e/ou altura

rém, apenas a HAS permaneceu significativa na ajustada. O tabagismo não apresentou associação significativa tanto na análise bruta quanto na ajustada.

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu identificar indivíduos que utilizaram os diferentes tipos de serviços de saúde oferecidos, não somente aqueles que procuram serviços cobertos com sistema tradicional de informação. Além disso, possibilitou obter informações inerentes aos usuários, pelo registro de aspectos que dificilmente seriam obtidos apenas em prontuários médicos ou registros de saúde.

Uma limitação dos estudos transversais, é a causalidade reversa. As doenças investigadas (HAS e DM), estariam mais suscetíveis a este viés, especialmente porque podem se manter assintomáticas por vários anos e pelo fato de a medida da pressão arterial e a dosagem da glicemia sérica serem práticas médicas correntes entre os indivíduos que consultam um médico. Por outro lado, uma vez diagnosticadas, o protocolo de manejo dessas enfermidades* recomenda acompanhamento periódico pela consulta médica. Outra limitação baseia-se no fato de não terem sido investigados os motivos das consultas, já apontados como importantes determinantes.²⁰

A utilização de serviços de saúde para consulta médica tem sido pesquisada em vários países. Apesar de haver estudos analisando variadas faixas etárias e diferentes períodos recordatórios, as prevalências relatadas de consulta ao médico não apresentaram grandes variações.¹³ Na Irlanda, em população de 15 anos ou mais, 61% dos entrevistados consultaram um médico nos 12 meses anteriores à entrevista.¹⁵ Na cidade de Rio Grande (Sul do Brasil), para a mesma faixa etária do estudo irlandês, foi encontrada a prevalência de 66% para consultas médicas no mesmo período e de 28,7% no período de dois meses.¹⁴ Estudo realizado em 1992, em Pelotas, registrou prevalência de 70% de consulta ao médico em um ano para população de 20 anos ou mais e de 56,5%, em três meses.⁶ O presente estudo encontrou prevalência semelhante (55,1%).

O sexo feminino esteve associado à maior utilização de serviços médicos, confirmando dados da literatura de vários países.^{6,14,15,17,20,22} Estudos apontam que mulheres em idade fértil consultam mais, sugerindo motivos ginecológicos ou obstétricos.¹³ Outro provável motivo é que as mulheres perceberiam potenciais riscos para saúde mais facilmente que os homens, visto que teriam mais acesso a informações de saúde.¹⁷ No

presente estudo, as mulheres que tiveram mais consultas estavam na faixa etária de 40 a 49 anos.

Indivíduos com idade mais avançada apresentaram maior probabilidade de consultas ao médico, reafirmando os dados da literatura de vários países.^{1,6,12,13,20}

O grau de escolaridade como determinante da utilização dos serviços de saúde tem sido controverso. Em revisão da literatura, Mendoza-Sassi & Béria¹³ (2001) apontaram vários estudos com resultados divergentes. Estudos de base populacional^{6,14} da região sul do Brasil, mostraram a influência da escolaridade na frequência à consulta e no tipo de serviço utilizado. Estudo em Curaçau¹ não encontrou associação da escolaridade com consultas ao médico generalista, mas sim quando se consideraram consultas especializadas. Tais estudos sugerem a existência de iniquidades na utilização dos serviços, apontando o grau de escolaridade como um possível determinante. Os atuais resultados não mostraram associação significativa da escolaridade com a consulta ao médico, provavelmente, por não se ter considerado os motivos da consulta.²⁰

Neste mesmo contexto, os indivíduos com nível socioeconômico mais elevado tiveram maior probabilidade de consultar um médico. Esse aspecto é apontado em vários estudos como um importante determinante de utilização e de iniquidades em saúde.^{1,6,14,15,22}

O estado conjugal manteve-se associado à utilização de consultas médicas, sendo os indivíduos que vivem com companheiro(a), os com maior probabilidade de ter consultado um médico. Em estudo australiano levantou-se a hipótese¹⁷ de que homens vivendo em estado marital são influenciados por suas companheiras para uma maior procura de serviços médicos. O mesmo estudo apontou que uma separação ou divórcio levaria a uma maior procura desses serviços por ambos os sexos. Tal resultado não foi verificado no presente estudo.

Quanto aos aspectos de saúde, verificou-se que indivíduos que estiveram hospitalizados no ano anterior apresentaram probabilidade cerca de 10% maior de consultar um médico do que aqueles que não haviam sido. Tal achado já havia sido evidenciado por Costa & Facchini⁶ (1992) em estudo na mesma localidade, atribuído ao fato dessas pessoas serem, possivelmente, mais doentes que as não hospitalizadas. Considerando-se o mesmo princípio, indivíduos portadores de doenças crônicas, como DM e HAS, têm maior probabilidade de consultar um médico, corroborando os resultados obtidos por vários autores.^{6,13-15,20}

*Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: protocolo. Brasília (DF): 2001.

O ato de procurar um serviço de saúde para consulta médica depende, basicamente, de fatores ligados aos locais disponíveis e de fatores próprios de cada indivíduo.^{11,13} Para cada indivíduo, a busca de atenção médica depende da patologia propriamente dita (fator objetivo), com todas suas características clínicas de sinais e sintomas, e do significado atribuído à doença pelo paciente (fator subjetivo). Esse aspecto subjetivo do processo saúde-doença é abordado no presente estudo pela autopercepção de saúde dos indivíduos entrevistados. Essa variável tem sido apontada como um bom indicador do estado global de saúde^{3,20} e utilizada por vários autores, com algumas variações no instrumento.^{1,12,14} Os resultados encontrados em Pelotas mostram maior utilização dos serviços por indivíduos que percebem sua saúde como regular ou ruim, reafirmando os achados de estudos prévios.^{12,14}

Em relação ao tabagismo, houve maior probabilidade de consulta ao médico entre indivíduos considerados ex-fumantes, concordando com estudo coreano.¹⁰ Possivelmente, indivíduos que pararam de fumar consultam mais por estarem mais preocupados com seu estado de saúde, considerando-se em maior risco de adoecerem por terem sido fumantes. Essa idéia pode ser decorrente do fato de o Brasil manter, continuamente, campanhas anti-tabagismo. Outra hipótese, indicando a possibilidade de causalidade reversa, seria o fato dos indivíduos terem parado de fumar por estarem doentes em consequência do fumo e assim necessitarem de mais consultas médicas.

Os resultados referentes ao IMC não mostraram associação significativa com consulta ao médico, diferentemente de estudo australiano,¹⁸ que identificou a associação de obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) com maior uso de serviços de saúde, mais evidente entre as mulheres. Uma possível justificativa para essa diferença seria que, no presente estudo, o número de perdas de informação sobre peso e/ou altura foi elevado, representando 12,2% dos indivíduos da amostra. Esses indivíduos eram na sua maioria mulheres (82,9%), com escolaridade de zero a quatro anos (58,4%), pertencentes aos níveis socioeconômicos D/E (73,9%), sem histórico de HAS (62,0%) ou de DM (90,8%). As mulheres com essas características apresentaram IMC de 18,5 a 24,9 kg/m^2 .

Diferentemente da associação com consulta ao médico nos três meses anteriores à entrevista, os usuários que apresentavam o IMC mais elevado consul-

taram mais freqüentemente do que os mais magros. Hipóteses para tal fato seriam de que indivíduos considerados com sobrepeso ou obesidade, que tivessem consultado, teriam maior preocupação com a saúde. Ou ainda, estariam sujeitos a uma atenção maior por parte dos médicos, que solicitariam um acompanhamento mais freqüente. Uma terceira hipótese é que, tal como o tabagismo, o sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para uma série de outras enfermidades, entre elas a HAS e o DM, ambas positivamente associadas à utilização dos serviços de saúde. De fato, os indivíduos que referiram ser hipertensos tiveram uma maior probabilidade de consultar em excesso, confirmando os dados de Costa & Facchini⁶ (1997), que apontaram uma média de 4,3 consultas por ano entre pessoas com essas enfermidades.

No presente estudo, verificou-se na população estudada a média de 1,4 consultas nos três meses anteriores, valor muito acima recomendação do Ministério da Saúde do Brasil, de duas a três consultas ao ano.

A caracterização do grupo de indivíduos que consulta médicos acima da média proposta é uma importante informação para os gestores e serviços de saúde planejarem um atendimento diferenciado para esse grupo de usuários. Tal planejamento incluiria a adoção de programas e protocolos voltados para saúde do idoso, saúde da mulher e pacientes portadores de doenças crônicas, uma importante estratégia na redução da necessidade de internações hospitalares.

Ressalta-se com o atual estudo, a importância da monitorização da utilização dos serviços de saúde como forma de subsidiar a gestão. Tal medida justifica-se pelas mudanças no sistema de saúde brasileiro, como a implementação do Programa de Saúde da Família e aumento da rede de atenção básica.

Finalmente, no momento atual em que se busca oferecer atenção à saúde com maior equidade no Brasil, faz-se necessário que sejam conhecidos os fatores individuais associados à utilização e também às características de oferta de serviços, incluindo sua finalidade. Novos estudos que avaliem de forma criteriosa as características não apenas dos usuários, mas também dos que buscaram e não obtiveram o cuidado, são necessários para a efetiva prevenção da iniquidade em saúde, assim como as características dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Alberts JF, Sanderman R, Eimers JM, Van dan Heuvel WJA. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. *Soc Sci Med*. 1997;45(2):213-20.
2. Barros AJ, Hiraikata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the preference ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3(1):21.
3. Bello Luján LM, Suárez Rivero JB, Prieto Ramos F, Serra Majem L. Variables sociales y sanitarias asociadas a la autopercepción del estado de salud en la población adulta de Gran Canarias (Islas Canarias). *Aten Primaria*. 1999;24(9):533-6.
4. Capilheira MF, Santos IS. Epidemiologia da solicitação de exames complementares. *Rev Saúde Pública*. 2006(2):289-97.
5. Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(Supl 2):59-70.
6. Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(4):360-9.
7. Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(Supl 2):95-8.
8. Habicht J, Victora C, Vaughan J. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol*. 1999;28(1):10-8.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico, 2000. Rio de Janeiro; 2001.
10. Jee SH, Kim IS, Suh I. The effect of smoking on health service utilization. *Yonsei Med J*. 1993;34(3):223-33.
11. Kloetzel K. Medicina ambulatorial: princípios básicos. São Paulo: EPU; 1999.
12. Mapelli V. Health needs, demand for health services and expenditure across social groups in Italy: an empirical investigation. *Soc Sci Med*. 1993;36(8):999-1009.
13. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):819-32.
14. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):372-8.
15. Nolan B. General practitioner utilisation in Ireland: the role of socio-economic factors. *Soc Sci Med*. 1994;38(5):711-6.
16. Novaes HMD. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(Supl 2):7-12.
17. Parslow R, Jorm A, Christensen H, Jacomb P, Rodgers B. Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older australians. *Soc Sci Med*. 2004;59(10):2121-9.
18. Reidpath DD, Crawford D, Tilgner L, Gibbons C. Relationship between body mass index and the use of healthcare services in Australia. *Obes Res*. 2002;10(6):526-31.
19. Richards SH, Coast J, Peters TJ. Patient-reported use of health service resources compared with information from health providers. *Health Soc Care Community*. 2003;11(6):510-8.
20. Saéz M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria: evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit*. 2003;17(5):412-9.
21. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:S109-18.
22. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5-6):365-73.
23. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.