

Juvenal Soares Dias da Costa^{I,II}Mauri Caldeira Reis^{III}Claudio Viana Silveira Filho^{III}Rogério da Silva Linhares^{III}Fábio Piccinini^{III}

Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000

Prevalence of medical visits and associated factors, Pelotas, Southern Brazil, 1999-2000

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência de consultar com médico e analisar fatores a ela associados.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional realizado de dezembro de 1999 a abril de 2000, na cidade de Pelotas (RS). Foram incluídos 1.962 indivíduos de ambos os sexos, de 20 a 69 anos, residentes na zona urbana. Os dados foram coletados por meio de questionários padronizados e pré-codificados. O desfecho “consultar com médico nos 12 meses antes da entrevista” foi analisado com fatores socioeconômicos, demográficos, presença de doenças crônicas e distúrbios psiquiátricos, estado nutricional, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, e internação no ano anterior à entrevista. Foi realizada regressão de Poisson seguindo modelo hierarquizado, controlada por variáveis de confusão, considerando nível de significância $<0,05$.

RESULTADOS: Entre os entrevistados, 1.395 (70,9%) haviam consultado com médico no período analisado. A análise multivariada entre os homens revelou que os indivíduos que apresentaram maiores prevalências de consultas com médico possuíam renda familiar per capita maior de 10 salários mínimos, mais de 60 anos de idade, diabetes mellitus, índice de massa corporal maior ou igual a 25 kg/m² e que haviam sido hospitalizados. As mulheres com renda familiar per capita acima de seis salários mínimos, com mais de 60 anos, brancas, não fumantes, com hipertensão arterial, com diabetes e as que haviam sido hospitalizadas apresentaram maiores prevalências do desfecho.

CONCLUSÕES: Foram identificadas iniquidades em saúde em relação à cor da pele e renda familiar e alta prevalência de consulta com médicos, principalmente entre os indivíduos mais idosos e com algumas doenças crônicas não transmissíveis.

DESCRITORES: Serviços de Saúde, utilização. Visita a Consultório Médico. Fatores Socioeconômicos. Desigualdades em Saúde. Estudos Transversais.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{III} Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Juvenal Soares Dias da Costa
Av. Duque de Caxias, 250
96030-002 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: episoares@terra.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of visiting doctors and to analyze associated factors.

METHODS: Cross-sectional, population-based study performed in the city of Pelotas, Southern Brazil, between December 1999 and April 2000. A total of 1,962 individuals of both sexes, aged between 20 and 69 years and living in the urban area were included in this study. Data were collected with standardized, pre-coded questionnaires. The outcome "visited doctor during the 12 months prior to interview" was analyzed with socioeconomic and demographic factors, presence of chronic diseases and psychiatric disorders, nutritional status, smoking, alcohol consumption, and hospitalizations in the year prior to interview. Poisson regression was used, according to a hierarchical model, controlled by confounding variables, and considering a significance level of <0.05.

RESULTS: Among interviewees, 1,395 (70.9%) had visited a doctor in the period analyzed. Multivariate analysis among men revealed that individuals who showed higher prevalences of medical visits had a per capita family income higher than 10 minimum wages per month, were over 60 years of age, suffered from diabetes mellitus, had a body mass index equal to or above 25kg/m², and had been hospitalized. Women who had a per capita family income higher than six minimum wages per month, were over 60 years of age, white and non-smokers, suffered from hypertension and diabetes, and had been hospitalized showed higher outcome prevalences.

CONCLUSIONS: Health inequalities were identified in relation to ethnicity and family income. In addition, there was high prevalence of medical visits, especially among individuals who were older and suffered from certain chronic, non-communicable diseases.

DESCRIPTORS: Health Services, utilization. Office Visits. Socioeconomic Factors. Health Inequalities. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

As medidas de acesso aos serviços de saúde estão entre os critérios que garantem a qualidade de sistemas de saúde. Parte-se do princípio que a população tem direito ao uso dos sistemas de saúde. Contudo, segundo o *Black Report*,¹⁰ morbidade e mortalidade são maiores entre as pessoas não habilitadas ou parcialmente habilitadas para o trabalho e que as do grupo não habilitado usavam serviços de saúde, particularmente os de caráter preventivo, menos freqüentemente do que os grupos ocupacionais.¹⁰ Estudos nacionais têm apontado diferenças socioeconômicas, de gênero e geográficas quanto à utilização dos serviços de saúde.^{16,18,22} De acordo com estudos epidemiológicos realizados em Pelotas (RS), grupos populacionais que mais utilizam os serviços de saúde apresentam melhores indicadores relacionados aos cuidados de saúde.^{4,5} Também têm sido mostradas as características dos grupos populacionais que menos utilizam os serviços, revelando iniquidades no sistema local de saúde.⁵

A partir de estudos epidemiológicos podem-se identificar as facilidades e/ou dificuldades no acesso ao sistema de saúde contribuindo para sua racionalização e qualificação.

A presente pesquisa teve por objetivo estimar a prevalência de consultar com médico e analisar fatores a ela associados.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional realizado de dezembro de 1999 a abril de 2000 com indivíduos de ambos os sexos, de 20 a 69 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas.

Foi realizado um Projeto conjunto entre a Universidade Federal de Pelotas e a Universidade do Vale do Rio dos Sinos envolvendo múltiplos desfechos. A amostra foi calculada baseada nas estimativas de prevalências dos diferentes desfechos incluídos na pesquisa de forma a

garantir poder de 80%; erro alfa de 5%; prevalência de eventos investigados variando entre 25% e 75%; e razão de prevalências de 2,0. A amostra foi acrescida de 10% para compensar perdas e recusas e outros 15% para assegurar o controle dos fatores de confusão na análise multivariável. O tamanho da amostra foi estimado em 1.800 indivíduos.

A amostragem foi realizada em múltiplos estágios; inicialmente por conglomerados, no qual foram aleatoriamente selecionados 40 setores censitários e em cada setor 30 domicílios escolhidos ao acaso. Esperava-se identificar 1.200 famílias e em cada domicílio 1,5 pessoa na faixa etária de 20 a 69 anos. Em cada setor, selecionaram-se por sorteio a quadra e o ponto de partida. Após a casa ser escolhida, as duas seguintes eram ignoradas, de forma sistemática, sendo a terceira casa visitada.

Foram encontradas nas visitas 1.145 famílias (95,4%), 55 se recusaram a participar ou não foram encontradas e foram classificadas como perdas. Todos os membros da família com idade entre 20 e 69 anos eram elegíveis e foram entrevistados em privacidade. Entre as famílias encontradas foram identificadas 2.177 pessoas, sendo entrevistadas 1.968 da faixa etária em estudo, totalizando 9,8% de perdas. Mulheres em idade fértil que estavam grávidas ou que tivessem tido parto nos 12 meses precedentes a entrevista ou, ainda, indivíduos com limitações e incapacidades que os tornassem dependentes de companhia para o acesso aos serviços de saúde apresentaram prevalências muito baixas e foram incluídas na análise. No total, foram entrevistados 1.962 adultos.

O instrumento utilizado foi um questionário padronizado e pré-codificado, aplicado por acadêmicos da Universidade Federal de Pelotas, que desconheciam os objetivos da pesquisa. Os entrevistadores foram treinados para aplicação do questionário e tomadas de medidas de peso, altura e pressão arterial.

O desfecho avaliado foi consultar com médico no último ano desde a data da entrevista.

As variáveis relacionadas ao nível socioeconômico foram: classificação de classe econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas e Mercados (ABEP),^a renda familiar per capita em salários mínimos e escolaridade do indivíduo. A classificação de classe econômica é um escore baseado no acúmulo de bens materiais e escolaridade; os indivíduos inseridos na classe A apresentam valores mais elevados.

As variáveis demográficas analisadas foram: sexo, idade, cor da pele observada e estado civil.

Os hábitos de vida avaliados foram tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Tabagismo foi considerado como o hábito de fumar, classificando-se os indivíduos como não fumantes, ex-fumantes e fumantes. O consumo de bebidas alcoólicas foi quantificado em gramas

de etanol ingeridos por dia, levando-se em conta a periodicidade e tipo de bebida, tomando-se por ponto de corte para definir abuso o valor de 30 g/dia.¹⁴

Para avaliar o estado nutricional calculou-se o índice de massa corporal (IMC) para cada indivíduo, calculado com peso (kg) e altura (m) aferidos pelos entrevistadores. Valores de IMC >25,0 foram considerados como sobrepeso.

A co-morbidade por algumas doenças crônicas não transmissíveis foi estudada: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, distúrbios psiquiátricos menores e bronquite crônica. A presença de diabetes mellitus foi referida pelo entrevistado. A medida de pressão arterial utilizada foi a média de duas aferições realizadas durante a aplicação do questionário, a hipertensão arterial sistêmica foi definida como pressão arterial $\geq 160/95$ mmHg (para aumento da especificidade¹⁷), ou pelo uso de medicação anti-hipertensiva auto-referido.

A presença de distúrbios psiquiátricos menores foi estabelecida utilizando-se o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), com ponto de corte ≥ 6 para homens e ≥ 7 para mulheres.¹¹ Bronquite crônica foi determinada pela presença de tosse produtiva na maioria dos dias, por três meses ou mais, por pelo menos dois anos consecutivos.²¹

Foi perguntado se o entrevistado esteve hospitalizado no período de um ano antes da pesquisa.

Como controle de qualidade, questionários simplificados foram reaplicados a 10% da amostra. Os dados foram codificados em EpiInfo com dupla digitação.

Na análise bruta foram calculadas as razões de prevalências e os intervalos de confiança de 95% (IC 95%), sendo realizado o teste do qui-quadrado e tendência linear quando indicado.³ Segundo a literatura, as mulheres utilizam serviços de saúde mais frequentemente do que os homens, portanto as análises bruta e ajustada foram estratificadas por sexo.^{5,18,22} As análises foram realizadas no programa SPSS 13.0.

A análise multivariada realizada foi a regressão de Poisson, utilizando-se o programa Stata, seguindo modelo hierarquizado, para controle de variáveis de confusão.^{2,23} Foram introduzidas no modelo as variáveis com até 0,20 de significância na análise bruta, sendo mantidas no modelo aquelas com níveis de significância <0,05. A Figura mostra o modelo hierarquizado adotado: no primeiro nível foram incluídas as variáveis demográficas e as socioeconômicas; no segundo os hábitos de vida e as morbidades; no terceiro nível a variável internação hospitalar no último ano.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

^a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo; 2003 [citado 2007 dez 4]. Disponível em: http://www.anep.org.br/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf

RESULTADOS

Entre os entrevistados, 1.395 (70,9%; IC 95% [69,1;73,1]) haviam consultado com médico no ano anterior à entrevista. Os 846 (43%) indivíduos do sexo masculino apresentaram uma média de 1,8 (IC 95% [1,6;2,0]) consultas médicas no último ano, enquanto as 1.122 (57%) mulheres entrevistadas tiveram uma média de 4,7 (IC 95% [4,1;5,2]) consultas.

Na Tabela 1 estão apresentadas as características da amostra segundo sexo.

Tanto entre homens quanto mulheres predominou pertencer à classe C, a maioria apresentava renda familiar per capita ≤ 3 salários mínimos e aproximadamente a metade tinha o ginásio incompleto. Da mesma forma, em ambos os sexos, a maioria tinha menos de 50 anos, era de cor branca e estavam casados(as) ou em união. Mais da metade dos homens referiu ser fumante atual ou ex-fumante, quase um terço fazia uso abusivo de bebidas alcoólicas e aproximadamente a metade apresentava sobrepeso. Quanto ao hábito do tabagismo, menos da metade das entrevistadas relataram ser fumantes ou ex-fumantes; o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi relatado por 3,8% das mulheres; e mais da metade apresentava sobrepeso.

Na análise das exposições sobre morbidades 5,1% dos homens referiram diabetes mellitus, 21,4% apresentavam hipertensão arterial, 21% distúrbios psiquiátricos menores, e 4,7% tinham bronquite crônica. Entre as mulheres, predominou a presença de distúrbios psiquiátricos menores, 5,9% referiram diabetes mellitus, 25,1% foram classificadas como hipertensas e 4,1%

bronquite crônica. A prevalência de hospitalização entre os homens foi de 6,3% e entre as mulheres, 21,7%.

A análise bivariada mostrou que a maior probabilidade dos homens e mulheres consultarem com médico aumentou conforme a alta a inserção de classe econômica, renda per capita e escolaridade. Esses três fatores apresentaram resultados dos testes de tendência linear significativos (Tabelas 2 e 3).

Os homens de 30 a 39 anos apresentaram probabilidade aproximadamente 20% menor de consultar com médico nos últimos 12 meses do que indivíduos acima de 60 anos (categoria de referência).

Não foram encontradas diferenças nos percentuais de consultas médicas quanto à cor da pele e ao estado civil (Tabela 2). Em relação à idade para mulheres, as medidas de efeito foram maiores nas faixas de 40 a 49 anos e 60 e 69 anos (Tabela 3). A frequência de ter consultado médico foi 9% maior naquelas classificadas como brancas. Na análise do estado civil, as mulheres viúvas consultaram 4% mais. Na avaliação das variáveis comportamentais dos homens, tabagismo ($p=0,04$) e excesso de peso ($p=0,001$) mostraram-se associados a consultar com médico. O consumo de bebidas alcoólicas não esteve associado às consultas médicas. Quanto aos hábitos de vida das mulheres, a análise bivariada mostrou que as fumantes tinham uma probabilidade 10% menor de consultarem do que as que nunca fumaram. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com consumo de bebidas alcoólicas e IMC (Tabela 3).

Entre as morbidades, os homens que referiram diabetes mellitus consultaram mais com médicos. Hipertensão arterial, presença de distúrbios psiquiátricos menores e bronquite crônica não apresentaram associações estatisticamente significantes com as consultas médicas para homens, apenas a ocorrência de hospitalização no último ano apresentou associação significativa. Entre as mulheres, as presenças de diabetes mellitus e de hipertensão apresentaram maiores prevalências de consultas médicas. Presença de distúrbios psiquiátricos menores e bronquite crônica não estiveram associadas ao desfecho (Tabela 3). Assim como nos homens, a ocorrência de hospitalização no último ano relacionou-se a uma frequência maior de consultar com médico ($p<0,01$).

Na análise multivariada (Tabela 2), os homens com renda familiar per capita entre 3,01 e seis salários mínimos e aqueles com renda maior de 10,01 salários mínimos consultaram mais com médico após ajuste por escolaridade e idade. O efeito de idade foi mantido na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade. Após o ajuste para as variáveis de renda e idade, os indivíduos que referiram diabetes mellitus, com sobrepeso e que haviam sido hospitalizados consultaram mais com médico.

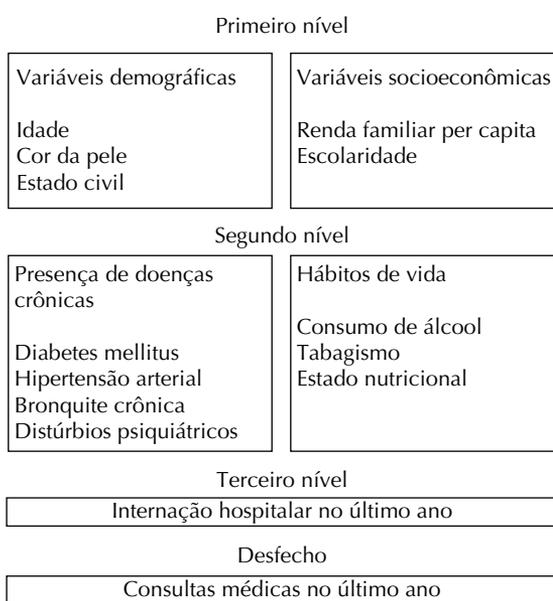


Figura. Modelo teórico hierarquizado para consultas médicas no último ano.

Tabela 1. Distribuição e prevalências de consultar com médicos de acordo com variáveis socioeconômicas, demográficas, hábitos de vida e morbidades, segundo sexo. Pelotas, RS, 1999-2000.

Variável	Homem		Mulher	
	n (%)	Prevalência de consultas n (%)	n (%)	Prevalência de consultas n (%)
Classe econômica				
Classe E	40 (4,8)	19 (47,5)	49 (4,4)	33 (67,3)
Classe D	210 (24,9)	114 (54,3)	315 (28,5)	238 (75,6)
Classe C	323 (38,4)	182 (56,3)	401 (36,3)	324 (80,8)
Classe B	219 (26,0)	141 (64,4)	281 (25,4)	243 (86,5)
Classe A	50 (5,9)	36 (72,0)	60 (5,4)	55 (91,7)
Renda familiar (salários mínimos)				
<1,01	244 (29,1)	121 (49,6)	353 (31,9)	252 (71,4)
1,01 a 3	363 (43,3)	212 (58,4)	453 (40,9)	376 (83,0)
3,01 a 6	131 (15,6)	89 (67,9)	166 (15,0)	144 (86,7)
6,01 a 10	55 (6,6)	36 (65,5)	80 (7,2)	72 (90,0)
≥10,01	46 (5,5)	33 (71,7)	56 (5,1)	51 (91,1)
Escolaridade				
Analf. e prim. incompleto	222 (26,4)	115 (51,8)	289 (26,1)	224 (77,5)
Prim. completo e gin. incomp.	195 (23,2)	110 (56,4)	261 (23,6)	214 (82,0)
Gin. completo e col. incomp.	155 (18,4)	94 (60,6)	198 (17,9)	148 (74,7)
Col. completo e sup. incomp.	166 (19,7)	106 (63,9)	220 (19,9)	184 (83,6)
Superior completo	104 (12,4)	67 (64,4)	138 (12,5)	123 (89,1)
Idade (anos)				
20 a 29	230 (27,2)	133 (57,8)	233 (20,9)	176 (75,5)
30 a 39	187 (22,1)	88 (47,1)	268 (24,0)	209 (78,0)
40 a 49	181 (21,4)	115 (63,5)	261 (23,4)	223 (85,4)
50 a 59	149 (17,6)	89 (59,7)	224 (20,1)	174 (77,7)
60 a 69	98 (11,6)	68 (69,4)	130 (11,6)	119 (91,5)
Cor da pele				
Não branca	144 (17,0)	79 (54,9)	189 (16,9)	142 (75,1)
Branca	702 (83,0)	415 (59,1)	927 (83,1)	759 (81,9)
Estado civil				
Em união	82 (9,7)	42 (51,2)	85 (7,6)	71 (83,5)
Casado	480 (56,7)	292 (60,8)	555 (49,7)	455 (82,0)
Solteiro	232 (27,4)	132 (56,9)	243 (21,8)	190 (78,2)
Separado	33 (3,9)	18 (54,5)	121 (10,8)	88 (72,7)
Viúvo	19 (2,2)	10 (52,6)	112 (10,0)	97 (86,6)
Tabagismo				
Não fumante	331 (39,1)	197 (59,5)	610 (54,7)	512 (83,9)
Ex-fumante	226 (26,7)	144 (63,7)	195 (17,5)	154 (79,0)
Fumante atual	289 (34,2)	153 (52,9)	311 (27,9)	235 (75,6)
Consumo de álcool				
Não bebe	77 (9,1)	40 (51,9)	329 (29,7)	262 (79,6)
Bebe <30 g/dia	536 (63,7)	319 (59,5)	736 (66,5)	598 (81,3)
Bebe ≥30 g/dia	229 (27,2)	131 (57,2)	42 (3,8)	32 (76,2)

Continua

Tabela 1 continuação

Variável	Homem		Mulher	
	n (%)	Prevalência de consultas n (%)	n (%)	Prevalência de consultas n (%)
IMC (kg/m ²)				
Excesso de peso	434 (51,7)	276 (63,6)	591 (54,2)	488 (82,6)
Normal	405 (48,3)	213 (52,6)	500 (45,8)	391 (78,2)
Diabetes auto-referido				
Sim	43 (5,1)	37 (86,0)	66 (5,9)	62 (93,9)
Não	803 (94,9)	457 (56,9)	1050 (94,1)	839 (79,9)
Hipertensão arterial				
Sim	181 (21,4)	111 (61,3)	279 (25,1)	243 (87,1)
Não	664 (78,6)	383 (57,7)	833 (74,9)	656 (78,8)
Distúrbios psiquiátricos menores				
Sim	178 (21,0)	110 (61,8)	381 (34,2)	309 (81,1)
Não	668 (79,0)	384 (57,5)	734 (65,8)	591 (80,5)
Bronquite crônica				
Sim	40 (4,7)	27 (67,5)	46 (4,1)	39 (84,8)
Não	806 (95,3)	467 (57,9)	1069 (95,9)	861 (80,5)
Internação hospitalar				
Sim	53 (6,3)	48 (90,6)	142 (12,7)	137 (96,5)
Não	793 (93,7)	446 (56,2)	974 (87,3)	764 (78,4)

Entre as mulheres, a análise multivariada (Tabela 3) mostrou que pessoas com renda familiar per capita a partir de seis salários mínimos, nas faixas etárias entre 40 e 49 anos e com mais de 60 anos e classificadas como de cor da pele branca consultaram mais com médico. As mulheres que não fumavam, que referiram diabetes mellitus, com hipertensão arterial e as que haviam sido hospitalizadas no último ano apresentaram maiores prevalências do desfecho (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A principal dificuldade metodológica das pesquisas que investigam a utilização de serviços é a não validação do desfecho. Estudos de utilização de serviços de saúde estão sujeitos a imperfeições quanto à qualidade das informações fornecidas pelos indivíduos entrevistados. Alguns autores têm apontando a dificuldade de validação de utilização de serviços de saúde.^{8,15} Apesar dessas limitações, os dados utilizados na análise procederam de uma amostra de base populacional, cuja composição em relação a sexo e faixa etária era semelhante àquela encontrada no censo de 2000 para Pelotas, comprovando a sua representatividade.

No presente estudo, a prevalência de consultas médicas no último ano foi elevada. Entre os 1.962 entrevistados, 1.395 (70,9%; IC 95%[69,1;73,1]) haviam consultado com médico no ano anterior à entrevista.

Mendonza-Sassi & Beria¹³ em revisão sistemática sobre utilização de serviços de saúde, observaram que em países como Estados Unidos, Noruega, Irlanda e Brasil, a cobertura de consultas médicas no período de um ano atingia entre 60% e 70% da população. Em Pelotas, estudo realizado em 1992 mostrou que a cobertura de utilização na mesma faixa etária era de 70%.⁵ Em Rio Grande (RS) estudo transversal de base populacional revelou que 66% dos indivíduos com 15 anos ou mais haviam consultado no ano anterior à entrevista.¹²

Os dados obtidos na presente pesquisa evidenciaram que, para ambos os sexos, os mais idosos apresentaram maior uso de consultas médicas. Travassos et al²² avaliando dados provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998 no Brasil, não encontraram diferenças de idade entre as mulheres, mas verificaram que para o sexo masculino, os indivíduos de maior faixa etária apresentavam maior frequência de uso de serviços de saúde. Outros autores^{5,12} encontraram associação entre maior faixa etária e maior frequência às consultas médicas. Indivíduos com mais idade apresentam maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis que representam uma maior carga na saúde, exigindo maior contato com serviços.^{3,9}

A prevalência de consultar com médico na população avaliada foi 9% (IC 95%: 1,00;1,18) maior nas mulheres brancas em relação às não brancas. Este dado

Tabela 2. Distribuição de razão de prevalências e análise multivariada hierarquizada para indivíduos do sexo masculino que consultaram com médico, de acordo com variáveis socioeconômicas, demográficas, hábitos de vida e morbidades. Pelotas, RS, 1999-2000.

Variável	Análise bruta			Análise multivariada hierarquizada		
	Razão de Prevalências	IC 95%	p	Razão de Prevalências	IC 95%	p**
Classe econômica			<0,03			
Classe E	1		0,001*			
Classe D	1,14	0,81;1,62				
Classe C	1,19	0,84;1,67				
Classe B	1,36	0,96;1,91				
Classe A	1,52	1,05;2,19				
Renda familiar*** (salários mínimos)			<0,01			0,05
<1,01	1		0,001*	1		
1,01 a 3	1,18	1,01;1,37		1,13	0,96;1,33	
3,01 a 6	1,37	1,15;1,63		1,31	1,09;1,58	
6,01 a 10	1,32	1,05;1,66		1,24	0,98;1,57	
≥10,01	1,45	1,16;1,80		1,37	1,07;1,75	
Escolaridade***			<0,09			0,5
Analf e Prim incompleto	1		<0,01*	1		
Prim completo e gin incomp.	1,09	0,91;1,30		1,1	0,92;1,33	
Gin completo e col incomp.	1,17	0,98;1,40		1,16	0,96;1,40	
Col completo e sup incomp.	1,23	1,04;1,46		1,17	0,97;1,41	
Superior completo	1,24	1,03;1,51		1,11	0,88;1,39	
Idade**** (anos)			0,01			<0,01
20 a 29	1		0,02*	1		
30 a 39	0,81	0,67;0,98		0,81	0,68;0,98	
40 a 49	1,1	0,94;1,28		1,1	0,94;1,28	
50 a 59	1,03	0,87;1,23		1,03	0,87;1,23	
60 a 69	1,2	1,01;1,42		1,2	1,01;1,42	
Cor da pele			0,35			
Não branca	1					
Branca	1,08	0,92;1,27				
Estado civil			0,46			
Em união	1					
Casado	1,19	0,95;1,48				
Solteiro	1,11	0,87;1,41				
Separado	1,06	0,73;1,55				
Viúvo	1,03	0,64;1,65				
Tabagismo*****			0,04			0,38
Não fumante	1			1		
Ex-fumante	1,07	0,94;1,22		0,99	0,86;1,15	
Fumante atual	0,89	0,77;1,02		0,91	0,79;1,05	
Consumo de álcool			0,42			
Não bebe	1					
Bebe <30 g/dia	1,15	0,91;1,44				
Bebe ≥30 g/dia	1,1	0,86;1,40				

Continua

Tabela 2 continuação

Variável	Análise bruta			Análise multivariada hierarquizada		
	Razão de Prevalências	IC 95%	p	Razão de Prevalências	IC 95%	p**
IMC (kg/m ²)*****			<0,01			<0,01
Excesso de peso	1,0			1,0		
Normal	0,83	0,74;0,93		0,85	0,75;0,97	
Diabetes auto-referido*****						
Sim	1			1		
Não	0,66	0,58;0,76		0,72	0,63;0,84	
Hipertensão arterial			0,4			
Sim	1					
Não	0,94	0,82;1,07				
Distúrbios psiquiátricos menores			0,31			
Sim	1					
Não	0,93	0,81;1,06				
Bronquite crônica			0,25			
Sim	1					
Não	0,86	0,69;1,07				
Internação hospitalar*****			<0,01			<0,01
Sim	1			1		
Não	0,62	0,56;0,69		0,64	0,56;0,73	

* Teste de tendência linear

** Teste de Wald

*** Análise ajustada para idade, renda familiar per capita e escolaridade

**** Análise ajustada para idade

***** Análise ajustada para idade, renda familiar, fumo, tabagismo e IMC

***** Análise ajustada para idade, renda familiar, IMC e diabetes auto-referida

está de acordo com o encontrado por Travassos et al,²² na PNAD realizada em 1998, que observou uma frequência 14% (IC 95%: 1,03;1,26) maior de utilização dos serviços de saúde pelas mulheres brancas. Os estudos a seguir, também realizados em Pelotas, mostram que a qualidade da assistência à saúde das mulheres classificadas como não brancas é pior do que o recebido pelas brancas. Quadros et al¹⁹ mostraram que as mulheres não brancas tinham menor cobertura de exame citopatológico e Scowitz et al²⁰ revelaram baixa cobertura de realização de mulheres não brancas. Desta forma, esse achado identifica um grupo populacional que deve ser priorizado pelos serviços de saúde.

Ainda foi observado, apenas para as mulheres, que o estado civil influenciou na frequência as consultas médicas: as separadas consultaram menos no período de um ano antes da entrevista. Capilheira & Santos⁴ já haviam observado que em Pelotas as mulheres separadas apresentavam uma razão de prevalências de 0,89 para a presença às consultas médicas nos três meses anteriores a avaliação.

Quando analisada a relação entre renda familiar per capita e o desfecho, verificou-se que entre as mulheres

os grupos de maior renda apresentaram maiores frequências de consultas no período de um ano. Pesquisas vêm mostrando a menor utilização dos serviços de saúde por populações de baixo nível socioeconômico,^{12,16,22} embora já tenha sido apontado que essas populações apresentam maior necessidade de uso dos serviços de saúde,⁶ o que evidencia iniquidade. Buscar equidade em saúde significa eliminar disparidades sistematicamente associadas a desvantagens sociais subjacentes ou marginalização. O sistema de saúde tem a responsabilidade de facilitar a utilização para aqueles que mais necessitam, reduzindo a carga das doenças. Desta forma, os serviços de saúde podem ser promissores locais para políticas orientadas à equidade e intervenções para atenuar o empobrecimento devido aos custos com cuidados de saúde e prevenir declínios nas posições sociais devidos às doenças.²⁴

Entre os homens, o excesso de peso associou-se a uma frequência maior de consultar no último ano, assim como Capilheira & Santos.⁴ Na presente pesquisa, em ambos os sexos, a referência de diabetes mellitus esteve associado a maior frequência de consultas. A associação entre presença de doenças crônicas e maior

Tabela 3. Distribuição de razão de prevalências e análise multivariada hierarquizada para indivíduos do sexo feminino que consultaram com médico no último ano de acordo com as variáveis socioeconômica, demográfica, hábito de vida e morbidade. Pelotas, RS, 1999 – 2000.

Variável	Análise bruta			Análise multivariada hierarquizada		
	Razão de Prevalências	IC 95%	p	Razão de Prevalências	IC 95%	p**
Classe econômica			<0,01			
Classe E	1		<0,001*			
Classe D	1,12	0,91;1,38				
Classe C	1,2	0,98;1,47				
Classe B	1,28	1,05;1,57				
Classe A	1,36	1,10;1,68				
Renda familiar*** (salários mínimos)			<0,01	1		<0,01
<1,01	1		<0,001*	1,16	1,07;1,26	
1,01 a 3	1,16	1,08;1,26		1,2	1,08;1,34	
3,01 a 6	1,22	1,11;1,33		1,25	1,11;1,40	
6,01 a 10	1,26	1,14;1,39		1,23	1,07;1,42	
≥10,01	1,28	1,15;1,42				
Escolaridade***			<0,01			0,29
Analf e Prim incompleto	1		<0,01*			
Prim completo e gin incomp.	1,06	0,97;1,15		1,04	0,96;1,14	
Gin completo e col incomp.	0,96	0,87;1,07		0,94	0,84;1,04	
Col completo e sup incomp.	1,08	0,99;1,18		1,01	0,91;1,12	
Superior completo	1,15	1,06;1,25		1,03	0,92;1,15	
Idade**** (anos)			0,01			<0,01
20 a 29	1		0,01*	1		
30 a 39	1,03	0,94;1,14		1,05	0,95;1,16	
40 a 49	1,13	1,04;1,24		1,15	1,04;1,26	
50 a 59	1,03	0,93;1,14		1,05	0,94;1,17	
60 a 69	1,21	1,11;1,33		1,22	1,10;1,36	
Cor da pele****			0,03			0,06
Não branca	1			1		
Branca	1,09	1,00;1,19		1,09	1,00;1,18	
Estado civil****			0,05			0,12
Em união	1			1		
Casado	0,98	0,89;1,09		0,93	0,83;1,03	
Solteiro	0,94	0,83;1,05		0,93	0,83;1,04	
Separado	0,87	0,75;1,01		0,83	0,71;0,96	
Viúvo	1,04	0,92;1,17		0,95	0,83;1,09	
Tabagismo*****			<0,01			0,03
Não fumante	1			1		
Ex-fumante	0,94	0,87;1,02		0,92	0,85;1,00	
Fumante atual	0,9	0,84;0,97		0,92	0,86;0,99	
Consumo de álcool			0,63			
Não bebe	1					
Bebe <30 g/dia	1,02	0,96;1,09				
Bebe ≥30 g/dia	0,96	0,80;1,14				

Continua

Tabela 3 continuação

Variável	Análise bruta			Análise multivariada hierarquizada		
	Razão de Prevalências	IC 95%	p	Razão de Prevalências	IC 95%	p**
IMC (kg/m ²)*****			0,07			0,37
Excesso de peso	1			1		
Normal	0,95	0,89;1,00		0,97	0,91;1,04	
Diabetes auto-referido*****			<0,01			<0,01
Sim	1			1		
Não	0,85	0,79;0,91		0,89	0,83;0,97	
Hipertensão arterial*****			<0,01			0,05
Sim	1			1		
Não	0,9	0,85;0,96		0,94	0,88;1,00	
Distúrbios psiquiátricos menores			0,87			
Sim	1					
Não	0,99	0,93;1,05				
Bronquite crônica			0,57			
Sim	1					
Não	0,95	0,84;1,08				
Internação hospitalar*****			<0,01			<0,01
Sim	1			1		
Não	0,81	0,78;0,85		0,81	0,77;0,85	

* Teste de tendência linear

** Teste de Wald

*** Análise ajustada para idade, escolaridade e renda familiar per capita

**** Análise ajustada para idade, cor da pele e estado civil

***** Análise ajustada para idade, renda familiar per capita, tabagismo e IMC

***** Análise ajustada para idade, renda familiar per capita, tabagismo, diabetes auto-referida e hipertensão arterial

***** Análise ajustada para idade, renda familiar per capita, tabagismo, diabetes auto-referida e internação hospitalar

utilização de serviços de saúde já foi relatada por outros autores.¹ Esses achados foram positivos, mostrando que pessoas com necessidades reconhecidas procuram os serviços de saúde.⁶

Identificou-se que os indivíduos de ambos os sexos, que haviam sido hospitalizados, tinham utilizado mais os serviços de saúde. Guerra & Ramos-Cerqueira⁷ observaram comportamento semelhante em São Paulo, com uma frequência 75% maior de internações nos

indivíduos com maiores prevalências de consultas no ano anterior à pesquisa.

O presente estudo descreveu as características da população que compareceu a consultas médicas no período de um ano. Apesar disso, não se pode afirmar com precisão os motivos que levaram esses indivíduos a frequentarem os serviços de saúde. Algumas suposições podem justificar essas diferenças, como dificuldade de acesso, autopercepção de saúde, falha de modelo assistencial e a presença ou não do programa de saúde da família.

REFERÊNCIAS

1. Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalence of self reported chronic diseases and health services consumption from the National Household Sample Survey of 1998 in Brazil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):743-56.
2. Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman & Hall; 1997.
3. Barros MBA, Chester LG, Carandina L, Dalla Torre G. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil. PNAD 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):911-26. DOI: 10.1590/S1413-81232006000400014
4. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica*. 2006;40(3):436-43. DOI: 10.1590/S0034-89102006000300011
5. Dias da Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: Onde a população consulta? Com que frequência? *Rev Saude Publica*. 1997;31(4):360-9. DOI: 10.1590/S0034-89101997000400005
6. Droomers M, Westert GP. Do lower socioeconomic groups use more health services, because they suffer from more illnesses? *Eur J Public Health*. 2004;14(3):311-3. DOI: 10.1093/eurpub/14.3.311
7. Guerra IC, Ramos-Cerqueira ATA. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. *Cad Saude Publica*. 2007;23(3):585-92. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000300017
8. Kroeger A. Health interview surveys in developing countries: review of the methods and results. *Int J Epidemiol*. 1983;12(4):465-81. DOI: 10.1093/ije/12.4.465
9. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):735-43. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300006
10. Macintyre S. The Black Report and beyond what are the issues? *Soc Sci Med*. 1997;44(6):723-45. DOI: 10.1016/S0277-9536(96)00183-9
11. Mari JJ, Williams P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire in Primary Care in the City of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6. DOI: 10.1192/bjp.148.1.23
12. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):372-8. DOI: 10.1590/S0034-89102003000300017
13. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):819-32. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400016
14. Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC, et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a Southern Brazilian City: a population-based survey. *J Studies Alcohol*. 1996;57(3):253-9.
15. Nordberg E. Household health surveys in developing countries: could more use be made of them in planning? *Health Policy Plan*. 1988;3(1):32-9. DOI: 10.1093/heapol/3.1.32
16. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):410-8. DOI: 10.1590/S1020-49892005000500013
17. Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev Saude Publica*. 1994;28(4):261-7. DOI: 10.1590/S0034-89101994000400004
18. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos V, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):687-707. DOI: 10.1590/S1413-81232002000400007
19. Quadros CAT, Victora CG, Costa JS. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(4):223-32.
20. Scowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):340-9. DOI: 10.1590/S0034-89102005000300003
21. Tierney LM, Mcphee SJ, Papadakis MA. *Current Medical Diagnosis and Treatment*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2005.
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 Publica*. 2002;11(5/6):365-73. DOI: 10.1590/S1020-49892002000500011
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. DOI: 10.1093/ije/26.1.224
24. Ostlin P, Braveman P, Dachs N, WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health, WHO Equity Team. Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. *Bull World Health Organ*. 2005;83(12):948-53.