



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



AUMENTO NA UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS  
NOS ÚLTIMOS 15 ANOS: COMPARAÇÃO DE DOIS ESTUDOS DE  
BASE POPULACIONAL

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Gisele Alsina Nader**

Orientadora: Iná S. Santos

Co-orientador: Marcelo Fernandes Capilheira

PELOTAS – RS

Setembro de 2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

AUMENTO NA UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS  
NOS ÚLTIMOS 15 ANOS: COMPARAÇÃO DE DOIS ESTUDOS DE  
BASE POPULACIONAL

**Gisele Alsina Nader**

Orientadora: Iná S. Santos

Co-orientador: Marcelo Fernandes Capilheira

A apresentação desta dissertação é requisito do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de Mestre.

PELOTAS – RS

2008

**GISELE ALSINA NADER**

AUMENTO NA UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS NOS  
ÚLTIMOS 15 ANOS: COMPARAÇÃO DE DOIS ESTUDOS DE BASE  
POPULACIONAL

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iná S. Santos (Orientadora)  
Presidente da banca – Universidade Federal de Pelotas

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alicia Matijasevich Manitto  
Membro da banca – Universidade Federal de Pelotas

---

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein  
Membro da banca - Universidade Federal de Ciências da Saúde  
de Porto Alegre

Pelotas, 15 de setembro de 2008

*À minha família*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe, Terezinha, minha amiga, que me ensinou a ser guerreira, nunca desistir e acima de tudo manter o alto astral e a confiança

Ao meu pai, Farid, exemplo de pessoa e de profissional

Ao Lysandro, meu irmão, amigo e companheiro de todas as horas. Pessoa que sempre me incentivou e esteve ao meu lado nessa caminhada

Ao Juliano, meu amigo, namorado, noivo, sem a tua ajuda esse trabalho não teria sido possível. Obrigada pela compreensão dos muitos momentos em que estive ausente estudando para as provas, elaborando o projeto e agora na defesa... enfim, muito obrigada pelo carinho e paciência dedicados durante esses anos. Essa conquista é tua também

À Iná, minha orientadora, que transcendeu os conhecimentos técnicos e me ensinou a amar o resultado desse trabalho. Sem a tua ajuda essa dissertação não teria o mesmo brilho. Minha eterna gratidão

Ao Prof. Cesar Victora, pessoa ímpar na minha formação e com quem tive o privilégio de trabalhar por cinco anos. Minhas escolhas profissionais certamente foram influenciadas pela sua sabedoria e exemplo

À Cora, exemplo de dedicação profissional e de amizade. Obrigada por todo apoio dedicado nesse período tão importante da minha vida

Ao Juvenal, pessoa amiga com quem tive a oportunidade de realizar a minha primeira pesquisa de campo e que hoje tornou possível a realização desse estudo. Obrigada por todos os ensinamentos nesses anos

Agradeço aos docentes, discentes e funcionários do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas por terem me proporcionado um ambiente agradável durante a minha pós-graduação

Aos meus colegas e amigos de mestrado, obrigada pela torcida e pela rica troca de experiências. Espero reencontrá-los nos bancos da academia. Agradeço em especial a Verinha, Diogo, Giovâni, Bia e Alan pelos ótimos momentos de convivência, grupos de estudos, viagens e risadas que certamente facilitaram o aprendizado

## SUMÁRIO

Apresentação _____	01
Projeto de pesquisa _____	02
Relatório do trabalho de campo _____	96
Artigo _____	107
Press-release _____	140
Anexos _____	143

## APRESENTAÇÃO

Esta Dissertação de Mestrado foi organizada conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, contendo as seguintes seções principais:

- a) **Projeto de pesquisa:** defendido no dia 07/08/2007, após a incorporação das modificações sugeridas pelo revisor do projeto.
- b) **Relatório do trabalho de campo:** descrição das atividades realizadas pelos mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, no biênio 2007-2008.
- c) **Artigo:** *Aumento na utilização de consultas ambulatoriais nos últimos 15 anos: comparação de dois estudos de base populacional* – a ser enviado para os Cadernos de Saúde Pública, mediante aprovação da banca e incorporação das sugestões.
- d) **Press-release:** texto contendo os principais resultados do estudo a ser enviado para a imprensa local.

## **Projeto de Pesquisa**

## **1. Introdução**

Paciente ambulatorial é definido como o indivíduo que, por si só, apresenta-se ao serviço de saúde e que não está nem acamado nem em nenhuma outra instituição de saúde (1). O motivo pelo qual uma pessoa utiliza os serviços de saúde e, particularmente, consulta um médico surge da interação entre fatores sociais, físicos e psicológicos (2). A utilização de serviços e a cobertura alcançada refletem, portanto, não apenas a morbidade, mas também a disponibilidade de serviços, a propensão a utilizá-los e a necessidade em saúde percebida ou derivada pelo próprio sistema de saúde (2). Nesse contexto, necessidade em saúde pode ser concebida como qualquer distúrbio da saúde e do bem estar, tanto do ponto de vista do indivíduo como do profissional, que possa acarretar em demanda ao sistema de saúde (3).

A literatura aponta o sexo (4-6), idade (5-8), escolaridade (9, 10), morbidades (11), existência de médico definido para consultar (11, 12), internações hospitalares (6), necessidade em saúde (13) e a oferta de serviços de saúde (14) como fatores associados à utilização de serviços ambulatoriais de saúde.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada no ano de 2003, revelam que 62,8% da população brasileira consultou um médico nos doze meses que antecederam a entrevista. Além disso, a quase totalidade dos indivíduos que possuem um serviço de uso regular (91,7%) referiu que este é um serviço do tipo ambulatorial. Verifica-se, portanto, que o atendimento ambulatorial é predominante e deve ser o foco de maior atenção em qualquer programa que vise otimizar os recursos destinados à saúde (7).

Em estudo de base populacional realizado no ano de 1992 na cidade de Pelotas-RS, observou-se que 70% da população adulta (20 a 69 anos de idade) consultou pelo menos uma vez com médico, no período de um ano, sendo a média de três consultas por habitante/ano. Mulheres, indivíduos com mais de 50 anos de idade, com maior escolaridade e portadores de hipertensão arterial sistêmica consultaram mais (5). Mais de um terço da população (39,5%) havia consultado nos últimos três meses e destes, 29% foram atendidos no sistema público. No ano de 2003, Capilheira et al encontraram uma prevalência de utilização de consultas ambulatoriais de 55%, para o período de três meses, tendo o sistema público atendido 50,6% desses indivíduos (6).

A fim de que se possa organizar um sistema de saúde articulado, vinculado às necessidades da população, equânime e eficiente, são necessários dados locais atualizados sobre os principais determinantes da utilização de serviços médicos ambulatoriais. A investigação desses determinantes e a investigação da possível mudança ocorrida no município de Pelotas nos últimos quinze anos são objetos de estudo dessa Dissertação.

A utilização dos serviços de saúde e seus determinantes têm sido alvo de inúmeras investigações em diferentes países. A próxima seção descreve o resultado da revisão de literatura sobre o assunto.

### **1.1. Revisão de Literatura**

A revisão de literatura foi realizada nas bases eletrônicas de dados Pubmed e Scielo. Os termos utilizados na busca foram: “Health services, utilization”; “Health services accessibility”, “Health services needs and demand”,

“Serviços de saúde”, “Utilização” e “Demanda”. Foram analisados apenas os estudos que incluíam humanos, com dezenove anos de idade ou mais.

O Quadro 1, na página 18, apresenta um resumo do número de publicações localizadas e selecionadas.

O total de títulos revisados foi de 16629, dos quais foram selecionados 73 artigos. A partir dos artigos selecionados realizou-se uma busca entre as referências bibliográficas citadas pelos autores, sendo encontrados mais dezoito artigos relevantes para este projeto, totalizando 91 referências, vinte foram estudos em dados primários e três revisões da literatura sobre o tema.

O Quadro 2, na página 19, apresenta um resumo do artigo “Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: Onde a população consulta e com que frequência”, de Dias da Costa (1992), a cujos resultados serão comparados os achados que serão encontrados pelo atual estudo.

Os Quadros 3 e 4, na página 20, são um resumo dos estudos nacionais e internacionais, respectivamente, que mediram utilização de serviços de saúde. As publicações foram ordenadas pelo ano de publicação, iniciando pelas mais antigas. Optou-se por dividir esta seção em tópicos a fim de facilitar a leitura.

### **1.1.1.- Conceito de Utilização de Serviços de Saúde**

O conceito de uso de serviços de saúde tem um sentido amplo, compreendendo todo o contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) dos indivíduos com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação de um lado, do comportamento do indivíduo, que

procura cuidados, e de outro do profissional, que o conduz dentro do sistema de saúde (15).

Há vários modelos de explicação da utilização de serviços de saúde. O modelo proposto por Andersen tem sido o mais aplicado (16). Neste modelo, cuja origem é o trabalho de Andersen de 1968, o uso de serviços é dependente de determinantes individuais, agrupados em fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde. O modelo indica a existência de uma relação hierárquica entre esses três grupos de fatores, de forma que os predisponentes influenciam os capacitantes e as necessidades representam o determinante mais proximal da utilização dos serviços de saúde. São considerados fatores predisponentes as variáveis demográficas (sexo, idade e estado civil) e as variáveis de estrutura social (escolaridade, cor da pele, ocupação, religião e tamanho da família). Fazem parte do grupo de fatores capacitantes os facilitadores familiares (renda familiar, posse de planos de saúde e assistência médica) e os facilitadores comunitários, que incluem o preço dos serviços de saúde, disponibilidade de serviços, região do país e características urbanas e rurais. No grupo de necessidades em saúde estão incluídas as necessidades sentidas pelos indivíduos (sintomas, morbidades e restrições) e as identificadas por médicos (como resultado de rastreamento e diagnóstico) (16).

Andersen explica a utilização não apenas como produto exclusivo dos determinantes individuais, mas sim como fruto dos fatores individuais associados ao sistema de saúde e ao contexto social em que os indivíduos estão inseridos (16).

De acordo com Tanahashi, existe uma confusão entre os conceitos de cobertura e utilização. A cobertura é expressa pela proporção da população alvo que pode receber ou que recebeu os serviços. Cobertura é a habilidade de um serviço de saúde de transformar em uma intervenção em saúde bem sucedida a intenção de interagir e servir uma população alvo. O autor define ainda a cobertura relacionada à capacidade do serviço como cobertura potencial e a cobertura relacionada ao resultado final da utilização como cobertura real (17).

Conforme o modelo proposto por este autor, utilização refere-se apenas ao serviço, estando sua medida relacionada apenas indiretamente com o tamanho da população alvo. A utilização de serviços é normalmente expressa pela razão entre o número de indivíduos que utilizou o serviço de saúde e a capacidade do mesmo. Uma alta taxa de utilização de serviços de saúde não implica necessariamente em uma cobertura satisfatória (17).

Tanahashi relata que seria improvável que uma única medida de cobertura pudesse refletir de forma satisfatória a complexa interação entre serviço de saúde e população alvo e propõe cinco estágios de avaliação da cobertura: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, contato entre usuário e serviço e efetividade (17).

O modelo proposto por Habicht et al vem sendo amplamente empregado na avaliação de programas de saúde. Conforme Habicht et al, baseado no tipo de decisão que deve ser tomada, uma estrutura é proposta para decidir de maneira apropriada o melhor delineamento do estudo de avaliação a ser utilizado. O modelo é composto por dois eixos, o dos indicadores e o da inferência. O primeiro eixo diz respeito aos indicadores de interesse, se os

mesmos referem-se à oferta, utilização, cobertura e impacto. O segundo eixo refere-se ao tipo de inferência a ser feita, se se pretende declarar a adequação do programa (avaliação de adequação), a plausibilidade (estudos controlados) ou a probabilidade (estudos randomizados) de que os resultados observados sejam decorrentes do programa (18).

Os autores propõem que no primeiro eixo, inicialmente, os serviços devem ser fornecidos à população alvo de maneira que estejam disponíveis, acessíveis e que tenham qualidade adequada (indicadores de oferta). A seguir a população deve aceitar o serviço e fazer uso do mesmo (indicadores de utilização). A utilização resultará em uma cobertura (indicadores de cobertura) do serviço de saúde. Finalmente, após ter sido alcançada a cobertura, essa irá gerar um impacto no comportamento ou na saúde da população (indicadores de impacto) (18).

Conforme Habicht et al, os termos oferta e utilização devem ser empregados quando os dados são coletados a partir de visitas aos serviços de saúde ou através do uso rotineiro de sistema de informações. Estes termos respondem as perguntas relacionadas à disponibilidade, acessibilidade, adequabilidade e ao uso dos serviços de saúde. Os autores relatam ser o termo cobertura o mais adequado quando o estudo é de base populacional, pois reflete o alcance de um programa, ou seja, a proporção total de indivíduos que fizeram uso do serviço de saúde (18).

### **1.1.2.- Prevalência e média de consultas ambulatoriais**

A utilização dos serviços de saúde pode ser medida através da quantificação do número de consultas médicas, número de internações

hospitalares, motivo da consulta, tipo de financiamento, entre outros. Este tópico da revisão abordará a prevalência e o número de consultas médicas.

A literatura brasileira é consistente quanto à prevalência de consultas em um ano. A PNAD realizada no ano de 2003 encontrou 62,8% de utilização de serviços nos doze meses que precederam a entrevista (7), dado este semelhante ao encontrado na Pesquisa Mundial de Saúde, onde a prevalência de utilização foi de 70% em um ano entre os 5.000 indivíduos entrevistados (19). Além disso, Costa et al, no ano de 1997, encontraram 70% de utilização na cidade de Pelotas-RS (5). Em outro município do Sul do Brasil, Mendoza-Sassi et al encontraram uma prevalência de 66% de consultas em um ano e 28,7%, nos últimos dois meses (20). Outro em Pelotas, realizado por Capilheira et al em 2006, mostrou prevalência de utilização para o período de três meses de 55% (6). Dos participantes da PNAD realizada no ano de 1998, 20,3% receberam atendimento médico nas duas semanas anteriores a pesquisa (21).

Dados de um estudo na Irlanda corroboram os achados nacionais, pois 61% dos entrevistados consultaram nos doze meses que precederam a entrevista (22). Na Austrália, Dempsey et al encontraram uma prevalência de utilização de serviços de saúde de 96% em um ano (23). Dois estudos realizados nos Estados Unidos, nos anos de 1996 e 2004, respectivamente, evidenciaram altas taxas de utilização: Kiefe et al encontraram 80% de utilização entre os adultos (24) e Brown et al, 73,5% (25). Nos dois meses que precederam a entrevista, Alberts et al encontraram uma prevalência de 38% de consultas médicas em Curaçao (9). Na Itália, Mapelli detectou 60,3% de utilização de serviços de saúde no mês anterior a entrevista, sendo 31,7% referentes a consultas médicas (26).

A média de consultas anuais da população brasileira situa-se em torno de 2,4, conforme a PNAD, do ano de 2003 (7). Este dado é semelhante à média de 3,1 encontrada por Costa e Facchini na cidade de Pelotas(5). Gresenz et al descreveram uma média de consultas anuais de 1,6 para indivíduos que moram na zona rural e 1,8 para os moradores da zona urbana nos Estados Unidos (27).

Conforme Capilheira et al, a média de consultas nos últimos três meses na cidade de Pelotas foi de 1,4(6). Alberts et al reportaram uma média de 1,6 consultas por habitante em Curaçao, em dois meses (9). Na Irlanda, Nolan descreveu uma média de 4,7 consultas entre as mulheres e 3,8 entre os homens (22).

### **1.1.3.- Fatores associados à utilização**

A seguir a revisão de literatura será estruturada a partir dos fatores associados à utilização de serviços de saúde ambulatoriais com base no modelo proposto por Andersen (16).

#### **1.1.3.1- Fatores predisponentes associados à utilização**

De acordo com Andersen, alguns indivíduos têm propensão a utilizar mais os serviços de saúde que outros. A direção do uso pode ser prevista pelas características individuais, presentes ao episódio de doença específico. Mesmo que essas características não sejam as responsáveis diretas pela utilização dos serviços de saúde, pessoas que as apresentam têm maior probabilidade de consultar. Essas características incluem variáveis demográficas, variáveis da estrutura social e crenças/attitudes (16).

### **1.1.3.1.1- Fatores demográficos**

Dentre os fatores demográficos que têm sido investigados encontram-se: sexo, idade e estado civil.

O sexo feminino está associado à maior utilização de serviços mesmo quando ajustado para outras variáveis, conforme evidenciado na literatura (4-9, 19, 28-32). Mapelli reportou que as mulheres demandaram 20% a mais dos serviços quando comparadas aos homens (26). Na Espanha, Fernandez et al relataram que a proporção de consultas é maior entre as mulheres (OR 1,20; IC95% 1,09-1,31) (33). Mendoza-Sassi et al confirmaram esta associação mostrando que as mulheres tiveram uma probabilidade 56% maior de ter consultado um médico quando comparadas aos homens ( $p=0,001$ ) (20). Nos Estados Unidos, Vieira et al encontraram que indivíduos do sexo masculino tinham menos chances de receber atendimento relacionado à prevenção quando comparados ao sexo feminino (34).

Um estudo qualitativo realizado por Gomes et al, com 28 homens moradores da cidade do Rio de Janeiro, enfoca os motivos pelos quais os homens consultam menos que as mulheres. De acordo com aqueles autores, a representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem são os principais motivos para a menor procura dos serviços de saúde pelos homens (35).

Com relação à idade, a literatura de utilização de serviços de saúde é bastante ampla. Tendo em vista que este projeto visa avaliar a utilização de serviços pelos indivíduos com vinte ou mais anos de idade, este tópico da revisão dará enfoque à utilização pelos adultos e idosos.

De acordo com Travassos et al, as curvas das taxas de utilização para os homens têm formato em U e para as mulheres, as curvas de utilização aproximam-se mais de um J (4).

No estudo de Costa et al, a análise multivariável, ajustada para classe social, revelou aumento significativo na média de consultas a partir dos 50 anos de idade (RR 1,15; IC95% 1,06-1,25) (5). O estudo de Capilheira et al confirmou este achado para a faixa etária. A análise ajustada para indivíduos de 50-59 anos de idade; evidenciou uma RP 1,17 (IC95% 1,05-1,30) e RP 1,28 (IC95% 1,16-1,42) para os de 60 anos ou mais (6). Ainda no Brasil, Mendoza-Sassi et al encontraram uma RP 1,58 (IC95% 1,17-2,13) para indivíduos com mais de 65 anos de idade (20).

A literatura estrangeira mostra que indivíduos com idade mais avançada apresentam maior probabilidade de consultar o médico (22, 26, 28, 31, 36). Na Espanha, Bellon et al encontraram uma associação linear entre idade e utilização de serviços de saúde e relataram que a variabilidade de uso é melhor explicada pela idade do que pelo sexo do indivíduo (37). Por outro lado, em Curaçao, a idade não esteve associada à utilização de serviços ambulatoriais (9).

Em relação ao estado civil, a maioria dos artigos encontrados refere-se à influência do estado civil da mãe sobre a utilização dos serviços de saúde pelas crianças (38). De acordo com o objetivo deste estudo manteremos foco na utilização de serviços pelo indivíduo adulto conforme o seu estado civil.

Capilheira et al observaram que os indivíduos que referiram estar solteiros ou viúvos/separados apresentaram probabilidade 11% menor de consultar um médico nos últimos três meses do que os casados ou que viviam

maritalmente (6). Baseado no quarto levantamento de morbidades nacionais de médicos de atenção primária, na Inglaterra, Carr –Hill et al encontraram que mulheres que moravam com parceiro consultavam mais freqüentemente e na maioria das vezes, as consultas estavam associadas ao planejamento familiar ou gestação (38). Por outro lado, Mendoza-Sassi et al encontraram associação estatisticamente significativa entre divorciados e utilização de serviços de saúde (RP 1,39; IC95% 1,05-1,84) (20). Nos Estados Unidos, Berk et al confirmaram essa associação e relataram uma média de 5,8 consultas anuais entre as mulheres divorciadas e 4,4 entre as casadas, diferença esta estatisticamente significativa (39). Na Holanda, Joung et al observaram que indivíduos divorciados utilizavam mais os serviços de saúde e hospitalizavam mais (OR 1,53; IC95% 1,03-2,22) (40).

#### **1.1.3.1.2.- Fatores sociais**

Conforme Andersen, a estrutura social é medida através de fatores que determinam o status de um indivíduo na comunidade, sua habilidade em enfrentar os problemas e controlar os recursos para lidar com esses problemas. As medidas tradicionalmente utilizadas para mensurar a estrutura social são educação, ocupação e cor da pele (13).

Com relação aos fatores predisponentes relacionados à estrutura social são descritos nível de escolaridade, cor da pele, tamanho da família e suporte social.

A escolaridade como fator determinante da utilização de serviços ainda é controversa na literatura. Alberts et al, em Curaçao, não encontraram diferença, após ajuste para idade e sexo, na utilização de serviços médicos na área de

atenção primária entre os diferentes graus de escolaridade (maior nível de escolaridade comparado ao menor OR 1.20; IC95% 0.92-1.57) (9). Esta ausência de associação também foi observada por Capilheira et al (6).

Em estudo multicêntrico realizado na Argentina, Brasil, Chile, Cuba e México, os autores relataram que, em Santiago e na cidade do México, quanto maior o nível de escolaridade, maior o número esperado de consultas. Por outro lado na cidade de São Paulo o oposto foi observado (41).

Nos países baixos, Droomers et al encontraram associação inversa: indivíduos com menor escolaridade consultaram mais (OR 1,46) ( $p= 0,000$ ) (42). Esta associação inversa foi também encontrada na Holanda em 1996 (43), no Canadá em 1998 (44), na Espanha em 2001 (45) e nos Estados Unidos em 1980 (8) e em 1983 (46). Fernandez de La Hoz et al, na Espanha, mostraram que, após ajuste para idade e sexo, a maior escolaridade (nível superior), estava associada à menor utilização de serviços de saúde (OR 0,78; IC95% 0,69-0,89) (10).

Mendoza-Sassi et al evidenciaram que, devido à interação entre renda e escolaridade, no grupo de mais baixa renda a maior escolaridade associou-se a maior probabilidade de consulta médica. Nos demais grupos, a associação entre escolaridade e utilização foi inversa: a cada ano de escolaridade houve uma redução de 1% de chance de consultar (RP 0,99; IC95% 0,96-1,01  $p=0,3$ ) (20).

Quanto à associação entre cor da pele e utilização de serviços, a literatura ainda é escassa, possivelmente porque esta é uma variável que deve ser avaliada conjuntamente ao tipo de serviço utilizado e às condições socioeconômicas.

Estudos brasileiros não encontraram associação entre a utilização de serviços de saúde e cor da pele (4, 6, 20). Em estudo realizado por Barata et al, a partir dos dados da PNAD de 1998, os autores observaram que a frequência de consultas médicas nos doze meses que precederam a entrevista foi 10% maior entre indivíduos de cor de pele branca quando comparados aos de cor preta. Os autores ressaltaram porém, que após controle para idade e renda familiar, as iniquidades tendiam a diminuir (47). Estudo americano confirmou a ausência de associação entre utilização de serviços de saúde e raça (46).

Ao avaliar-se o tamanho da família e a utilização de serviços de saúde através dos dados da PNAD realizada no ano de 1998, observou-se que as chances de uso de serviços preventivos diminuem à medida que o tamanho da família aumenta (4). Quanto à utilização de serviços pelas crianças, na Inglaterra Carr-Hill et al observaram que filhos mono parentais consultaram menos (38). Por outro lado, Balarajan et al, também na Inglaterra, relataram que filhos mono parentais utilizaram mais os serviços de saúde quando comparados a filhos que moram com ambos os pais (48).

Em relação ao suporte social, Mendoza-Sassi et al não observaram associação estatisticamente significativa entre a existência de ajuda de amigos ou parentes quando o indivíduo estava doente e utilização de serviços de saúde ( $p=0,7$ ) (20). Carr-Hill et al observaram que indivíduos moradores de casas alugadas e desempregados utilizaram mais os serviços de saúde (38).

### **1.1.3.1.3.- Fatores comportamentais**

Uma vez que os fatores comportamentais e biológicos estão intimamente relacionados com os fatores sociais e demográficos, optou-se por incluí-los neste tópico do referencial de Andersen.

O tabagismo vem sendo estudado como fator comportamental que influencia a utilização de serviços de saúde. Capilheira et al observaram que a prevalência de consultas foi maior entre os ex-fumantes (60,4%). Os ex-fumantes apresentaram probabilidade 12% maior de consultar um médico nos três meses que precederam a entrevista, em comparação aos que nunca fumaram (6). Na Coréia, Jee et al observaram que a história de tabagismo influencia a utilização de serviços de saúde. Entre os homens ex-tabagistas, a utilização de serviços de saúde foi duas vezes maior quando comparados a não tabagistas. Entre as mulheres, a probabilidade de consultar foi 1,5 vezes maior entre as tabagistas do que entre as não tabagistas (49). Na Espanha, Rodriguez et al observaram que tabagistas e ex-tabagistas utilizaram mais os serviços de saúde quando comparados a não tabagistas, principalmente os serviços de emergências (50). Nos Estados Unidos, Bertakis et al confirmaram a associação entre tabagismo e utilização de serviços de emergência (51).

Quanto ao uso de álcool, em 1997, Costa et al encontraram que indivíduos que não consumiam álcool utilizavam mais os serviços de saúde, dado este confirmado pela análise multivariável (5). Na Espanha, Peruga et al encontraram que indivíduos que consumiam álcool de forma moderada tinham uma probabilidade menor de consultar em serviços ambulatoriais quando comparados aos que não consumiam bebidas alcoólicas (OR 0,79; IC95% 0,64-0,95) (52). No ano de 2000, também na Espanha, observou-se uma

relação inversa entre consumo de álcool e utilização de serviços de saúde ( $p < 0,001$ ) (50). Dois estudos realizados na Alemanha por Baumeister et al confirmaram esse achado (53, 54).

Em relação ao índice de massa corporal (IMC), variável biológica, Reidpath et al realizaram uma análise distinta para homens e mulheres e encontraram que, entre os homens, o aumento do IMC estava associado a um aumento da utilização de serviços médicos nas duas semanas que precederam o estudo (obesos em relação a indivíduos com IMC normal - OR 1,20; IC95% 1,06-1,36). Porém, ao analisarem o IMC como uma variável contínua e controlando para renda e idade, esta associação tornou-se menos evidente (OR 1,02; IC95% 1,00-1,03) ( $p < 0,05$ ). Entre as mulheres, aquelas com sobrepeso e/ou obesidade utilizaram mais os serviços médicos (OR 1,15 e OR 1,30, respectivamente). Ao analisarem o IMC como uma variável contínua e controlando para renda e idade, esta associação foi mantida (OR 1,02; IC95% 1,01-1,03) ( $p < 0,05$ ) (55).

Na Espanha, Guallar et al observaram que as mulheres obesas e com sobrepeso utilizaram mais os serviços de saúde quando comparadas às de peso normal. Essa associação não variou com a idade, nível de escolaridade ou presença de doenças crônicas (56). Frost et al confirmaram este achado em estudo realizado na Inglaterra, relatando que indivíduos obesos consultam mais com médicos clínicos e enfermeiras, quando comparados aos de peso normal ( $p < 0,01$ ) (57). Outros estudos corroboram esse achado (51, 58).

No estudo de Capilheira et al, o IMC não apresentou associação com a probabilidade de consultar, mesmo após a análise ajustada ( $p = 0,4$ ). Porém, o IMC esteve associado linearmente com o desfecho de consultas médicas em

excesso: quanto maior o IMC, maior a probabilidade de consultar um médico em excesso (> quatro consultas em três meses) ( $p=0,01$ ) (6).

### **1.1.3.2- Fatores capacitantes/facilitadores associados à utilização**

No modelo proposto por Andersen os fatores capacitantes/facilitadores são definidos como a condição que permite a uma família satisfazer uma necessidade relacionada a um serviço de saúde. A existência de condições facilitadoras faz com que os recursos de saúde tornem-se disponíveis para os indivíduos. Os fatores facilitadores podem ser mensurados a partir da renda familiar, existência de plano de saúde e fonte regular de cuidado e distribuem-se em dois grandes grupos: familiares e comunitários (16).

Diversos indicadores são empregados na avaliação de nível socioeconômico, sendo a relação entre utilização de serviços de saúde e o nível econômico bastante estudada. Uma revisão de literatura realizada por Campbell et al demonstrou que os indivíduos pertencentes às classes sociais mais baixas consultavam com maior frequência para a maioria dos problemas de saúde, porém utilizavam menos os serviços de prevenção (2). A literatura estrangeira descreve uma associação inversa entre renda e utilização de serviços de saúde (8, 44-46, 51, 59). Na Irlanda, a média de consultas entre os indivíduos pertencentes às classes sociais mais baixas foi de 6,3 e, entre os pertencentes à classe social mais alta, de 2,3 (22). Apenas um estudo estrangeiro encontrado nesta revisão de literatura não relatou associação entre baixa renda e utilização de serviços de saúde (60).

Por outro lado, no Brasil, a maioria dos estudos demonstrou associação direta entre utilização de serviços e classe social/renda (29, 61). Pinheiro et al

encontraram que indivíduos de maior renda familiar utilizaram mais os serviços de saúde (29). Segundo Almeida et al, indivíduos pertencentes ao grupo de baixa renda apresentam maior dificuldade em ter acesso aos serviços de saúde (62).

Conforme Capilheira et al, a probabilidade de ter tido uma consulta apresentou associação positiva com o nível socioeconômico (6). O estudo de Costa et al evidenciou que as pessoas das classes A e B (Conforme classificação da ABIPEME - Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercados) (63) consultaram mais que as de outras classes (5). Mendoza-Sassi et al, após ajuste para fatores demográficos, encontraram que o grupo de menor renda sem nenhum ano de escolaridade teve uma redução de 62% na probabilidade de consultar um médico, quando comparado aos indivíduos pertencentes ao grupo de maior renda sem nenhum ano de escolaridade (20).

O tipo de local da consulta (público/privado) está associado à utilização de serviços de saúde. Cabe ressaltar que a variável seguro de saúde está intimamente relacionada à categoria socioeconômica, uma vez que tem forte relação com a classe social (64). Costa et al constataram que o tipo de serviço utilizado é diferente conforme o grau de escolaridade e que a população com menos anos de estudo utiliza mais o sistema público (5).

De acordo com dados da PNAD de 2003, do total de atendimentos realizados nos quatorze dias que precederam a entrevista, 58,5% ocorreu no SUS e 41,5% no sistema privado, sendo que os indivíduos de maior escolaridade utilizaram mais este último. Um estudo de casos realizado no Estado de São Paulo, Brasil, demonstrou que os indivíduos pertencentes aos

quintis de renda superiores têm maior posse de plano de saúde quando comparados ao quintil inferior (65).

Nos Estados Unidos, um estudo realizado apenas com indivíduos que possuíam plano de saúde evidenciou que 77% dos indivíduos consultaram no último ano (66).

No Brasil, a Pesquisa Mundial de Saúde, evidenciou maior utilização de serviços de saúde, no período de doze meses, entre os indivíduos que possuíam plano de saúde (81%) em relação aos não possuidores de plano (67%) (19). Na cidade de Bambuí- Minas Gerais, Lima et al encontraram que o número de visitas ao médico entre idosos foi significativamente maior entre os indivíduos que possuíam plano de saúde privado ( $p=0,01$ ) (67). Ainda no Brasil, outro estudo confirmou essa associação (29). Em estudo realizado na França, Buchmueller et al também observaram esta associação (68).

Por outro lado, Costa et al não detectaram associação entre a utilização e o tipo de local da consulta na cidade de Pelotas (5). Yelin et al também não descreveram associação entre plano de saúde e utilização de serviços de saúde nos Estados Unidos (46).

Um importante fator na utilização é o acesso aos serviços de saúde. Conforme Donabedian, a atenção é acessível quando é fácil de ser iniciada e fácil de ser mantida e depende não somente das características dos provedores, mas também da habilidade dos potenciais clientes para vencer os obstáculos financeiros, espaciais, sociais e psicológicos que se interpõem entre eles e o recebimento da atenção (69).

Em relação ao acesso aos serviços de saúde nos Estados Unidos, Forrest et al reportaram que 63,6% dos indivíduos encontraram pelo menos

uma barreira entre cinco no acesso. A barreira mais comum foi o tempo de espera no consultório. Indivíduos com três a cinco barreiras no acesso tiveram uma probabilidade 22,2% menor de consultar novamente com médico (70). Kiefe et al relataram que apesar da prevalência de consultas médicas entre adultos ter sido de 80% em um ano, 46% dos indivíduos não consultaram por motivos financeiros e 24% pelo longo tempo de espera (24). Conforme Sinay, nos Estados Unidos, os indivíduos que possuíam plano de saúde estavam mais satisfeitos com o acesso que os não portadores de plano (71).

#### **1.1.3.3.- Necessidade em saúde associada à utilização**

De acordo com Andersen, assumindo a presença de fatores predisponentes e facilitadores, o indivíduo ou sua família deve perceber a doença ou a probabilidade de sua ocorrência para que a utilização dos serviços de saúde ocorra. Necessidade em saúde representa a causa imediata de utilização de serviços de saúde (16). Para Finkelstein a utilização de serviços de saúde se baseia-se fundamentalmente na necessidade em saúde (72).

Conforme Saez, a evidência mostra que a utilização de serviços de atenção primária está relacionada, principalmente, com o estado de saúde dos indivíduos, de acordo com sua autopercepção de saúde ou por indicadores mais objetivos, como presença de doenças crônicas, limitações da vida diária e incapacidades (36).

Mendoza-Sassi et al avaliaram a associação entre autopercepção de saúde e utilização e encontraram que, quando comparados a indivíduos cuja autopercepção de saúde era classificada como excelente, os que autopercebiam sua saúde como ruim/regular ou boa utilizaram mais os serviços

de saúde (respectivamente, RP 3,54 ; IC95% 2,54-4,74) e (RP 1,68 ; IC95% 1,25-2,26) (20). Capilheira et al observaram que a autopercepção de saúde esteve linearmente associada com a consulta médica, sendo que a probabilidade de consultar um médico aumentou conforme a piora da autopercepção de saúde ( $p < 0,001$ ) (6).

Fernandez de La Hoz et al observaram que a probabilidade do indivíduo reportar consulta médica nas duas últimas semanas estava inversamente associada a sua autopercepção de saúde (10). A mesma associação inversa foi observada por Nolan no período de um ano (22).

Mapeli relatou uma média de 2,5 consultas aos serviços de saúde entre os indivíduos com autopercepção de saúde excelente e de 7,4 entre os que julgavam sua saúde ruim (26).

Apenas um estudo realizado na Espanha encontrou associação entre boa autopercepção de saúde entre mulheres e maior utilização de serviços de saúde (OR 1,35; IC95% 1,20-1,52) (33).

O relato de doença crônica é outra maneira através da qual a necessidade em saúde tem sido avaliada. Após análise de 1329 registros em relação à utilização de serviços de saúde, Kronenfeld observou que a variável mais fortemente associada à utilização de serviços ambulatoriais era a de necessidade em saúde, caracterizada pela existência de duas ou mais morbidades, seguida pela existência de um provedor de saúde e, em terceiro lugar, pelo relato de dias de inatividade (8).

Costa et al encontraram uma média de consultas mais alta no grupo de pacientes sabidamente hipertensos e/ou portadores de outros problemas crônicos, quando comparados a indivíduos que se diziam sadios. As pessoas

que desconheciam a presença de hipertensão arterial sistêmica consultavam menos do que aquelas que sabidamente não tinham o problema (RR 0,76; IC95% 0,69-0,84). As que referiram a doença procuravam mais os serviços médicos, em comparação as não hipertensas (RR 1,40; IC95% 1,30-1,50) (5). Capilheira et al confirmam esta associação demonstrando que indivíduos que referiram ser portadores de HAS ou de Diabetes Mellitus tinham probabilidades, respectivamente, de 19% e 16% maiores de consultar nos três meses anteriores à entrevista do que os que não se disseram hipertensos ou diabéticos (6). Pinheiro et al relataram que o fator mais importante na explicação da variabilidade do uso de serviços de saúde foi a necessidade caracterizada pela existência de morbidades auto referidas (29). Droomers et al observaram que a utilização de serviços de saúde aumenta de acordo com o número de doenças crônicas dos indivíduos (42). Nos Estados Unidos, Al Snih et al encontraram que ser portador de artrite, diabete, hipertensão, acidente vascular cerebral ou câncer estava associado a uma maior utilização dos serviços de saúde (28).

No Brasil, Costa et al, relataram que o motivo da consulta estava associado à utilização dos serviços de saúde. Ajustando para as demais variáveis, verificaram que as pessoas com doenças agudas ou que procuraram os serviços por motivos administrativos consultaram significativamente menos do que aquelas que consultaram por outros motivos (5). Bellon et al relataram que as mulheres consultaram significativamente mais que os homens por doenças agudas, consultas programadas e por motivos clínicos gerais; porém, a utilização entre os sexos foi igual quando o motivo da consulta era administrativo (37).

A necessidade em saúde também tem sido avaliada através da mensuração dos dias de inatividade. Mendonza-Sassi et al encontraram associação entre os dias de inatividade e a utilização de serviços de saúde nos dois meses que precederam o estudo. Indivíduos que relataram dias de inatividade utilizaram mais o serviços de saúde quando comparados aos que não referiram inatividade (RP 2,02; IC95%1,66-2,47) (20). Segundo Travassos et al, as pessoas que referiram restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde tiveram maior taxa de utilização dos serviços de saúde (4). Kronenfeld observou associação direta entre dias de inatividade e utilização de serviços de saúde (8).

Em relação à história de hospitalização no passado e utilização de serviços de saúde, Costa et al (1997) encontraram uma média anual de consultas significativamente maior no grupo de indivíduos que havia sido hospitalizado no último ano. A variável internação hospitalar ajustada pelas demais mostrou a maior medida de efeito para a frequência de consultas (RR 2,70; IC95% 2,52-2,88) (5). Este achado foi compatível com o de Capilheira et al em 2006, os quais verificaram que os indivíduos que relatavam ter hospitalizado no último ano tinham uma probabilidade 46% maior de consultar nos últimos três meses. Conforme Mapelli, o relato de hospitalização no ano anterior ao estudo também esteve associado à maior utilização de serviços de saúde (26).

Diversos estudos têm identificado a importância da existência de um médico de referência, a fim de que o acesso ao serviço de saúde seja facilitado (11, 73). Nos Estados Unidos, Gallagher et al observaram que homens, hispânicos, com idade menor que 41 anos e baixa escolaridade tinham

menores probabilidades de ter um local definido para consultar e que indivíduos que relataram ser portadores de hipertensão arterial sistêmica ou ter apresentado dias de inatividade reportaram mais freqüentemente um local de consulta regular (74).

Mendoza-Sassi et al observaram associação positiva entre a utilização de serviços de saúde preventivos e a existência de um médico definido para consultar. Entre as mulheres que tinham médico definido para consultar, a probabilidade de exame clínico das mamas e de coleta de exame preventivo para câncer de colo de útero foi 51% e 62% maior, respectivamente, e, entre os homens com mais e 40 anos de idade, a probabilidade de solicitação de rastreamento para câncer de próstata foi 98% maior (11). Neste mesmo estudo, os autores evidenciaram que indivíduos de cor preta e outros de cor não branca tinham probabilidade 30% menor de ter um médico regular (11). Lambrew et al, após ajuste para idade, sexo, cor, seguro de saúde, escolaridade, renda, situação no emprego e necessidade de saúde, encontraram que os indivíduos que possuíam um médico definido para consultar tinham probabilidade 50% maior de consultar do que quem tinha apenas um local definido de consulta (OR 1,47; IC95% 1,30-1,67) (12). Na Inglaterra, Sox et al observaram que ter médico definido é um melhor preditor de utilização do que ter plano de saúde e que indivíduos que não possuem médico definido para consultar apresentam maior probabilidade de consultar em emergências de hospitais (OR 1,8 IC95% 1,4-2,4) (75). No Canadá, Dunlop et al confirmaram o achado da maior utilização entre os indivíduos com médico definido (76).

#### **1.1.4.- Conclusões da revisão de literatura**

Em suma a revisão de literatura mostrou que a quase totalidade dos estudos que avaliaram os fatores associados à utilização de serviços de saúde empregou a metodologia transversal (4-6, 8-12, 19-26, 29, 31-34, 36-57, 59-62, 64, 67, 68, 70-72, 74-80). Apenas três estudos de coorte (28, 30, 58) e um estudo de caso foram identificados (65). A maioria dos estudos foi conduzida em países desenvolvidos (8, 10, 23-26, 30-33, 36-40, 42-46, 48-57, 59, 60, 68, 70, 72, 74-76, 81).

Todos os autores relataram associação entre o sexo feminino e utilização de serviços de saúde (4-9, 19, 20, 26, 28-34). A maior utilização com o aumento da idade foi evidenciada pela quase totalidade dos estudos (5, 6, 20, 22, 26, 28, 31, 36, 37), exceto por um estudo irlandês que não encontrou associação entre idade e utilização de serviços de saúde (9).

Em relação ao estado civil e escolaridade como fatores associados à utilização a literatura é ainda controversa. Alguns autores relatam maior utilização pelos indivíduos solteiros (6, 20, 39, 40), ao passo que outros referem que indivíduos casados ou que moraram com companheiro utilizam os serviços de saúde em maior proporção (6, 38). Quanto à escolaridade com fator associado à utilização de serviços de saúde, a maioria dos estudos evidencia que os indivíduos com menor escolaridade utilizam mais os serviços de saúde (8, 10, 42-46), porém esse não é um achado da totalidade das investigações.

Estudos brasileiros não encontraram associação entre a utilização de serviços de saúde e cor da pele (4, 6, 20). A literatura é consistente em relação às variáveis comportamentais e biológicas. Ex-tabagistas e tabagistas (6, 49-

51), os que não consomem bebidas de álcool (5, 50, 52-54) e os que têm elevado IMC (51, 55-58) utilizam mais os serviços de saúde.

No Brasil, a renda familiar esteve associada positivamente com o uso dos serviços de saúde (6, 20, 29, 61). Por outro lado, estudos estrangeiros encontraram associação inversa (8, 22, 44-46, 51, 59). Ao considerarmos a existência de plano de saúde, quase todos os autores relataram que portadores de plano de saúde consultam mais (19, 29, 67, 68). As facilidades de acesso foram consideradas determinantes da utilização (24, 70, 71), bem como a existência de médico definido para consultar (11, 12, 75, 76).

Em relação às variáveis de necessidade, ter sido hospitalizado previamente (5, 6, 26), o relato de morbidades (5, 28, 42), dias de inatividade (4, 8, 20) e pior autopercepção de saúde (6, 10, 20) estiveram diretamente associadas com a utilização de serviços de saúde.

Conforme Sawyer, deve-se dar atenção especial ao grupo marcado por alta necessidade, alta predisposição e baixa capacidade de consumo (80).

**Quadro 1.** Número de artigos localizados, excluídos e incluídos conforme base de dados rastreada.

	Base de dados	
	Pubmed	Scielo
<i>Total de artigos localizados</i>	29649	1109
<i>Total de títulos revisados após limites de busca</i>	15671	958
<i>Total de abstracts lidos</i>	178	17
<i>Motivos da exclusão:</i>		
Utilização de serviços de saúde especializados e encaminhamentos	30	
Políticas de saúde de países estrangeiros/planos de saúde específicos	14	
Gastos dos serviços de saúde locais com exames/programas/tabaco	12	
Utilização de serviços hospitalares/emergências	09	
Utilização de serviços de saúde por indivíduos sem lar	08	
Consultas de enfermagem e odontológicas	08	
Utilização de serviços de saúde por imigrantes	07	
Outros idiomas	06	
Utilização de medicação	04	
Uso de tecnologia na área da saúde	04	
Utilização de serviços por doenças de baixa prevalência no Brasil	02	
Utilização de serviços de saúde conforme cor da pele e sexo do médico	02	
Utilização de serviços de saúde por prisioneiros	01	
Utilização de serviços de saúde após abuso sexual	01	
Carta resposta	01	
Utilização de serviços de saúde materno-infantil		01
Artigos já encontrados na Pubmed		12
<i>Artigos incluídos</i>	69	04
<i>Artigos rastreados nas referências encontradas na busca</i>	18	
<b>Total de artigos incluídos</b>	<b>87</b>	<b>04</b>

O Projeto de mestrado “Utilização de Serviços Ambulatoriais em Pelotas”, implementado pelo Professor Juvenal Soares Dias da Costa sob orientação do Professor Luis Augusto Facchini, nos anos de 1992 e 1993, resultou entre outros, na publicação do artigo “Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência” (5). O estudo foi do tipo transversal, de base populacional, sendo incluídos indivíduos de 20 a 69 anos de idade, residentes na cidade de Pelotas no ano de 1992. A coleta de dados aconteceu no período de Março a Junho do ano de 1992. A amostra foi constituída de 1657 indivíduos, os quais responderam a um questionário padronizado e pré-codificado aplicado no domicílio. Os principais resultados descritos no artigo encontram-se no Quadro 2, abaixo.

**Quadro 2.** Resumo dos principais resultados do estudo de Dias da Costa “Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: Onde a população consulta e com que frequência”<sup>5</sup>.

<b>Indicador</b>	<b>Resultado</b>
Prevalência de consulta médica no último ano	70%
Média de consultas por habitante	3 (IC 95% 2,9-33)
Fatores associados à utilização na análise bruta	Sexo feminino; Hipertensão Arterial Sistêmica; Relato de hospitalização no último ano; Não consumidores de álcool e Portadores de problemas crônicos
Fatores sem associação com utilização na análise bruta	Classe social
Fatores associados à utilização na análise multivariada	Classe social (A e B); Idade ≥ 50 anos; Sexo feminino; Relato de hospitalização no último ano; Não consumidores de álcool; Consultas por ser Portador de problemas crônicos ou Motivos preventivos
Local da última consulta*	30% - Serviços credenciados e conveniados 29% - Sistema público, 22% - Serviços filantrópicos e 19% - Sistema privado
Tipo de serviço conforme classe social	Serviços privados – Classes sociais A e B; Serviços credenciados/conveniados e Sistema privado – Classe social C; Sistema público e filantrópico – Classe social E
Tipo de serviço conforme escolaridade	Sistema privado – nível superior Serviços credenciados e conveniados – 2º. Grau Sistema público – 1º. Grau Serviços filantrópicos - analfabetos

<sup>5</sup> Rev Saude Publica. 1997 Aug;31(4):360-9.

\*Sistema Público= postos de saúde, ambulatório da Faculdade de Medicina e ambulatório do INAMPS; Serviços Filantrópicos: ambulatórios de hospitais e serviços de pronto-socorro; Serviços Credenciados e Conveniados: ambulatórios de sindicatos ou empresas, medicina de grupo, conveniados pelo INAMPS e outros convênios; Sistema Privado: médicos particulares.

**Quadro 3.** Artigos nacionais da revisão de literatura relacionados à utilização de serviços de saúde ambulatoriais.

<b>Autor (es)</b>	<b>País/Ano de Publicação</b>	<b>Revista</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Fonte de dados Tamanho da amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Pinheiro R. S, Travassos C.	Brasil, 1999	Cad Saude Publica	Transversal. Estudo de base populacional	Primários n=738	- Pr utilização em 3 meses >50%; - O fator mais importante para o uso de serviços por idosos foi necessidade.
Mendoza-Sassi R, Beria J. U.	Brasil, 2001	Cad Saude Publica	Revisão de literatura	Secundários	- Período da revisão 1970-1999; - Mulheres, idosos, < renda familiar e < escolaridade > utilização de serviços; - Necessidade em saúde é um importante determinante da utilização.
Lima-Costa M. F, Guerra H. L, Firmo J. O, Vidigal P. G, Uchoa E, Barreto S. M.	Brasil, 2002	Cad Saude Publica	Transversal. Estudo de base populacional	Primários n=1742	- Pr plano de saúde: 19,3%; - > escolaridade e > renda maiores chances de ter plano (p<0,001).
Pinheiro R. S, Viacava F, Travassos C, Brito A. S.	Brasil, 2002	Ciência e Saúde Coletiva	Transversal. Estudo de base populacional	Secundários n=344975	- Dados da PNAD de 1998; - Pr consulta médica em 1 ano entre mulheres 62,3%, entre homens 46,7%; - Pr de restrição de atividades entre as mulheres 7%, entre os homens 5,6%; - Pr de serviço regular entre as mulheres 73,6% e entre os homens 68,7%.
Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A.	Brasil, 2002	Rev Panam Salud Publica	Transversal. Estudo de base populacional	Secundários n=344975	- Dados da PNAD 1998; - Mulheres utilizaram mais os serviços de saúde que homens; - Mulheres brancas > chances de uso do que não brancas (OR 1,14); - > tamanho da família < utilização de serviços preventivos (P < 0,001).
Lima-Costa M. F, Barreto S, Giatti L, Uchoa E.	Brasil, 2003	Cad Saude Publica	Transversal. Estudo de base	Secundários n=19068	- Dados da PNAD de 1998; - < renda familiar entre idosos < utilização em 2 semanas;

			populacional		- < renda > dias de restrição de atividades (OR 1,23 IC95% 1,08-1,39).
Lima-Costa M. F, Barreto S. M, Giatti L.	Brasil, 2003	Cad Saude Publica	Transversal. Estudo de base populacional	Secundários n=28943	- Dados da PNAD 1998; - 20,3% dos idosos foram atendidos nas 2 últimas semanas, proporção entre as mulheres (22,8%) e entre os homens (17,2%); - 3 ou mais consultas em 1 ano 44,3% dos idosos.
Mendoza-Sassi R, Beria J. U.	Brasil, 2003	Cad Saude Publica	Transversal. Estudo de base populacional	Primários n=1260	- 37% da amostra têm médico definido para consultar; - > classe social > probabilidade de ter médico definido; - Médico de referência aumentou probabilidade de exames preventivos.
Mendoza-Sassi R, Beria J. U, Barros A. J.	Brasil, 2003	Rev Saude Publica	Transversal. Estudo de base populacional	Primários n=1260	- Pr consulta em 1 ano: 66%; desses 28,7% nos 2 últimos meses; - Mulher, eventos estressantes, seguro de saúde, renda e médico definido > utilização; - Pior auto-avaliação de saúde > utilização (RP 1,57; IC95% 1,26-1,95).
Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcelos MTL, Leal MC, Azevedo LO, RSB Q.	Brasil, 2004	Radis: Comunicação em Saúde	Transversal Estudo de base populacional	Primários N=5.000	- Pr consulta em 1 ano: 70%; - Mulheres e indivíduos mais abastados consultaram mais; - Indivíduos com plano de saúde consultaram mais.
Capilheira M. F, da Silva Dos Santos I.	Brasil, 2006	Rev Saude Publica	Transversal. Estudo de base populacional	Primários n=3100	- Pr consulta médica em 3 meses: 55,1%; - > idade, mulheres, portadores de HAS, DM e que relataram hospitalização no ano anterior > utilização.
de Almeida Ribeiro M.C.S, Barata R.B, de Almeida M.F, da Silva Z.P.	Brasil, 2006	Ciência e Saúde Coletiva	Transversal. Estudo de base populacional	Secundários n=384834	- Dados PNAD 2003; - Pr consulta em 2 semanas: 14,4%; - Pr atendimentos no SUS: 58,5%; - > escolaridade > utilização de sistema

					privado.
Barata R.B, Almeida M.F, Montero C.V, Silva Z.P.	Brasil, 2007	Cad. Saude Publica	Transversal. Estudo de base populacional	Secundários n=221020	- Dados da PNAD 1998; - Pr consulta médica no ano anterior foi 10% maior entre indivíduos de cor branca que entre negros (IC95% 1,09-1,10).
Pessoto U.C, Heimann L. S, Boaretto R.C, Castro I.E.N, Kayano J, Ibanhes L.C, Junqueira V, Rocha J.L, Barboza R, Cortizo C.T.	Brasil, 2007	Ciência e Saúde Coletiva	Estudo de caso	Secundários n=5 municípios	- Possuidores de planos demandaram mais os serviços em todos os quintis comparados com não possuidores; - Os quintis de renda inferior referem uma procura por atenção maior do que aquela apresentada pelos quintis superiores.

Pr : Prevalência OR: Odds Ratio RR: Risco Relativo

**Quadro 4.** Artigos internacionais da revisão de literatura relacionados à utilização de serviços de saúde ambulatoriais.

<b>Autor (es)</b>	<b>País/Ano de Publicação</b>	<b>Revista</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Fonte de dados Tamanho da amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Greenlick M.R, Hurtado A.V, Pope C.R, Saward E.W, Yoshioka S S.	Estados Unidos da América, 1968	Health Serv Res	Transversal	Secundários n=1425 famílias n=4010 indivíduos	- Amostra de indivíduos com plano de saúde; - 77% consultaram em 1 ano; - 80% das consultas com médico regular.
Kronenfeld J.J.	Estados Unidos, 1980	Health Serv Res	Transversal	Primários n=1329	- Média de consultas 1 ano: 3,9 - Mulheres, idosos, história de inatividade prévia e < renda utilizaram mais os serviços de saúde.
Yelin E.H, Kramer J.S, Epstein W.V.	Estados Unidos, 1983	Am J Public Health	Transversal	Secundários n=1788	- < renda e escolaridade > utilização ( $p<0,01$ ); - Raça e plano de saúde: sem associação com utilização.

Berk M.L, Taylor A.K.	Estados Unidos, 1984	Am J Public Health	Transversal	Secundários n=6024	- Mulheres divorciadas 2X mais chances de não ter cobertura por plano de saúde que casadas; - Média de consultas anuais divorciadas: 5,8; casadas: 4,4.
Balarajan R, Yuen P, Machin D.	Inglaterra, 1992	BMJ	Transversal	Secundários n=129987	- > utilização entre homens nascidos em New Commonwealth ou no Paquistão (OR 1,38), moradores de casas públicas (OR1,28) e sem acesso a carro (OR 1,14); - > utilização entre as mulheres, nascidas em New Commonwealth ou no Paquistão (OR 1,26), moradoras de casas publicas (OR 1,23), que não possuíam acesso a carro (OR1,12) e do grupo socioeconômico de trabalhadores manuais (OR1,06).
Jee S.H, Kim I.S, Suh I.	Coréia, 1993	Yonsei Med J	Transversal	Secundários n=5201	- RR 1,9 (IC95% 1,3-2,9) de doenças agudas em ex-fumantes comparados com não fumantes; - Ex-fumantes utilizaram 2X mais os serviços de saúde comparados a não fumantes; - Ex-fumantes que se preocupam com a saúde consultaram 3,4 X mais que não fumantes.
Mapelli V.	Itália, 1993	Soc. Sci. Med	Transversal	Primários n=807	- Pr utilização de serviços de saúde em 1 mês: 60,3%; - Pr de consulta médica: 31,7%; - Dias de atividade restrita: 23,7%; - Mulheres demandaram 20% a mais dos serviços comparadas aos homens; - > uso idade > 70 anos, sexo feminino e hospitalização no último ano.
Nolan B.	Irlanda, 1994	Soc. Sci. Med	Transversal	Secundários	- Pr utilização de serviço médico 1 ano:

				n=3294 domicílios	61%; - Média de consultas: mulheres 4,7; homens 3,8; - > idade e pior autopercepção de saúde > utilização; - Média de consultas classes sociais baixas: 6,3; classe social mais alta 2,3.
Joung I.M, van der Meer J.B, Mackenbach J.P.	Holanda,1995	Int J Epidemiol.	Transversal	Secundários n=2662	- Divorciados utilizaram mais os serviços de saúde e hospitalizaram mais (OR 1,53, IC95% 1,03-2,22).
Campbell S M,Roland M.O.	Inglaterra,1996	Fam Pract	Revisão de literatura	Secundários n=111 referências bibliográficas	- Desvantagem social e piores condições de saúde tem > necessidade e consultam mais. A revisão aborda fatores socioeconômicos, demográficos, psicológicos e crenças como fatores associados à utilização.
Carr-Hill R.A, Rice N, Roland M.	Inglaterra,1996	Bmj	Transversal	Secundários n=502493	-Indivíduos permanentemente doentes, desempregados, moradores de área urbana e de locais alugados utilizaram mais os serviços de saúde; -Mulheres casadas/morando com companheiro usaram mais os serviços comparadas às solteiras.
Fernandez de la Hoz K, Leon D.A.	Espanha, 1996	Int J Epidemiol	Transversal	Secundários n=28645	- Autopercepção de saúde ruim: o grupo de maior escolaridade teve uma probabilidade maior de consultar (OR 1,41, IC 95% 0,89-2,23) comparado ao de menor escolaridade; - > nível econômico < utilização.
Kiefe C.I, Hyman D.J.	Estados Unidos, 1996	J Community Health	Transversal	Primários N=547	- Pr consulta em 1 ano: 80%; - Pr de não consulta por motivos financeiros: 46% e pelo tempo de espera: 24%.
Lambrew J .M, DeFriese G.H, Carey T.S, Ricketts	Estados Unidos,1996	Med Care	Transversal	Secundários n=30012	- Pr consulta em 1 ano entre indivíduos que tinham médico definido e saúde

T.C, Biddle A.K.					ruim: 90%; e entre os que tinham local definido para consultar: 75%.
van der Meer JB, van den Bos J, Mackenbach J P,	Holanda, 1996	Health Policy	Transversal	Primários n=2867	- < escolaridade > utilização (OR 3,30, IC95% 1,99-5,48) (p<0,05); - Após controle para estado de saúde (OR 2,22, IC95%1,29-3,84).
Alberts J. F, Sanderman R, Eimers J. M, van den Heuvel W. J.	Curaçao, 1997	Soc Sci Med	Transversal	Primários n=2248	- Pr consulta médica 2 meses: 38%; - Não houve associação com idade; - Mulheres consultaram mais que homens.
Gallagher T. C, Andersen R. M, Koegel P, Gelberg L,	Estados Unidos,1997	Med Care	Transversal	Primários n=1548	- 57% tinham local definido para consultar; - Homens, hispânicos, idade < que 41 anos e baixa escolaridade < chances de ter um local definido para consultar.
Forrest C. B, Starfield B.	Estados Unidos,1998	Am J Public Health	Transversal	Secundários n =11024 (primeiro contato por doença aguda) n=16145 (continuidade do cuidado)	- Pelo menos 1 barreira entre 5 no acesso: 63,6%; - Hispânicos, negros não hispânicos e indivíduos que viviam abaixo da linha de pobreza encontraram mais barreiras no acesso (p<0,01); - Barreira mais comum: tempo de espera no consultório; - 3 a 5 barreiras no acesso tiveram uma probabilidade 22,2% menor de consultar novamente.
Kephart G, Thomas V. S, MacLean D. R.	Canadá,1998	Am J Public Health	Transversal	Secundários n=2198	- > escolaridade e > renda familiar < utilização.
Sox C. M, Swartz K, Burstin H. R, Brennan T. A.	Inglaterra,1998	Am J Public Health	Transversal	Primários n=1952	- Não tinham médico definido maior chance consultar em emergências (OR 1,8, IC95% 1,4-2,4).
Fernandez E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A.	Espanha, 1999	J Epidemiol Community Health	Transversal	Secundários n=12245	- Mulheres consultaram mais que homens (OR 1,20, IC95% 1,09,-1,31); - Mulheres com boa autopercepção de saúde consultaram mais (OR 1,35,

					IC95% 1,20-1,52).
Bertakis K. D, Azari R, Helms L. J. Callahan E. J, Robbins J. A.	Estados Unidos, 2000	J Fam Pract	Coorte	Primários n=509	- Re-visitados 82% da amostra após 1 ano; - Mulheres consultaram mais que homens $p<0,001$ .
Rodriguez Artalejo F.de Andres, Manzano B, Guallar-Castillon P, Puente Mendizabal M.T,Gonzalez nriquez J, del Rey Calero J.	Espanha, 2000	Prev Med	Transversal	Secundários n=21120	- > consumo de álcool < utilização de serviços de saúde ( $p<0,001$ ); - Tabagistas e ex-tabagistas utilizam mais os serviços de saúde do que não tabagistas ( $p<0,01$ ).
Finkelstein M. M.	Canadá,2001	Cmaj	Transversal	Secundários n=2170	- < renda familiar pior autopercepção de saúde. 11% saúde ruim entre de mais baixa renda e 0,5% entre os de alta renda; - Diferença média de gastos em saúde autopercepção ruim comparada à excelente 941; IC95% 683-1271; - Utilização fundamenta-se em necessidade.
Guallar-Castillon P, Lopez Garcia E, Lozano Palacios L, Gutierrez-Fisac J. L, Banegas Banegas J. R, Lafuente Urdinguio P. J, Rodriguez Artalejo F.	Espanha, 2002	Int J Obes Relat Metab Disord	Transversal. Estudo de base populacional	Secundários n=13244	- Obesas tem piores condições de saúde comparadas a IMC normal (OR 2,1; IC95%1,8-2,5); - Obesas utilizaram mais os serviços de saúde quando comparadas as de peso normal (OR 1,53; IC95% 1,29-1,82).
Reidpath D. D, Crawford D, Tilgner L, Gibbons C.	Austrália, 2002	Obes Res	Transversal	Secundários n=35207	- > IMC > utilização de serviços de saúde; - Mulheres sobrepeso e obesas consultaram mais (OR 1,15 e OR1,30, respectivamente); - > IMC < uso de serviços de prevenção.
Sinay T.	Estados Unidos, 2002	J Health Care Finance	Transversal	Primários n=378	- Não ter plano de saúde esteve levou maior insatisfação com acesso (OR

					0,032); - As variáveis que mais influenciaram o acesso foram as capacitantes.
Dempsey P, Wilson D, Taylor A, Wilkinson D.	Austrália, 2003	Aust J Rural Health	Transversal	Secundários n=7377	- Pr utilização de serviços de saúde em 1 ano: 96% - Pr consulta clínica em 1 ano: 89%; - Moradores zona rural > uso zona urbana.
Saez M.	Espanha, 2003	Gac Sanit	Revisão de literatura	Secundários n=64 referências bibliográficas	- Abordagem das inconsistências metodológicas na avaliação da utilização de serviços de saúde.
Brown E.R, Davidson P.L, Yu H, Wyn R, Andersen R.M, Becerra L, Razack N.	Estados Unidos, 2004	Inquiry	Transversal	Secundários n=43914	- Pr consulta médica em 1 ano: 73,5%; - Homens, jovens, solteiros, < escolaridade tem menor probabilidade de ter plano de saúde.
Buchmueller T.C, Couffinhal A, Grignon M, Perronnin M.	França, 2004	Health Econ	Transversal	Secundários n=7996 domicílios n=8161 indivíduos	- Pr consulta em 1 mês: 30,6%; - Plano de saúde > utilização.
Droomers M, Westert G. P.	Holanda, 2004	Eur J Public Health	Transversal	Secundários n=53339	- < a escolaridade > utilização de serviços de saúde (OR 1,46) e > a prevalência de comorbidades (OR 2,47).
Parslow R, Jorm A, Christensen H, Jacomb P, Rodgers B.	Austrália, 2004	Soc Sci Med	Transversal aninhado em uma coorte	Secundários n=4140	- Mulheres utilizaram mais os serviços que homens ( $p < 0,01$ ); - Indivíduos com idade entre 60-64 anos utilizaram mais os serviços que os de meia idade em ambos os sexos; feminino OR 7,18 IC95% 4,88-10,57 e masculino OR 7,72 IC95% 5,78-10,32.
Frost G.S, Lyons G. F.	Inglaterra, 2005	Obes Res	Transversal	Secundários n=7300	- Obesos consultaram mais comparados aos pacientes de peso normal ( $p < 0,001$ ); - Em 18 meses, 58,4% dos obesos consultou mais de 3 vezes.
Leon-Munoz L. M,	Espanha, 2005	Obes Res	Coorte	Primários	- Acompanhamento de 80,7% em 2

Guallar-Castillon P, Lopez Garcia E, Banegas J. R, Gutierrez-Fisac J. L, Rodriguez-Artalejo F.				n=4008	anos; - Idosas obesas utilizaram mais os serviços de saúde quando comparadas a não obesas (OR 1,43 IC95% 1,04-1,98); - O ganho de peso não esteve associado à maior utilização dos serviços, porém a perda de peso aumentou a utilização em ambos os sexos em obesos e não obesos.
Al Snih S, Markides K. S, Ray L. A, Freeman J. L, Ostir G. V, Goodwin J. S.	Estados Unidos, 2006	Ethn Dis	Coorte	Primários n=1987	- Acompanhamento de dois anos; - As necessidades em saúde explicaram 21% da variância da utilização; - Idade avançada, sexo feminino, ter plano de saúde e doenças crônicas > utilização.
Baumeister S. E, Meyer C, Carreon D, Freyer J, Rumpf H. J, Hapke U, ohn U, Alte D.	Alemanha, 2006	J Stud Alcohol	Transversal	Secundários n=11125	- < consumo de álcool > utilização de serviços Abstmios/bebedores moderados (RR 1,18; IC95% 1,06-1,31).
Baumeister S. E, Schumann A, Nakazono T. T, Alte D, Friedrich N, John U, Volzke H.	Alemanha, 2006	Addiction	Transversal	Secundários n=3291	- Abstmios tiveram risco maior de consultar um médico comparados aos de baixo risco alcoólico (RR 1,43, IC95% 1,24-1,63).
Bertakis K. D, Azari R.	Estados Unidos, 2006	Fam Med	Transversal	Primários n=509	- Obesidade > procura por serviços de atenção primária (p=0,026); - Tabagismo preditor de utilização de emergências (p=0,036) e hospitalizações (p=0,001).
Redondo-Sendino A, Guallar-Castillon P, Banegas J. R, Rodriguez-Artalejo F.	Espanha, 2006	BMC Public Health	Transversal	Primários n=3030	- Idosas têm maior chance de consultar comparadas a idosos (OR 1,24, IC95% 1,07-1,44).
Regidor E, Martinez D, Astasio P, Ortega P,	Espanha, 2006	Gac Sanit	Transversal	Secundários n=21120	- < renda familiar > utilização de serviços de saúde ambulatoriais e > o número de

Calle M. E, Dominguez V.					internações hospitalares.
Viera A. J, Thorpe J. M, Garrett J. M.	Estados Unidos , 2006	BMC Health Serv Res	Transversal	Secundários n=14900	- Homens tiveram menos chances de receber atendimentos de prevenção comparados a mulheres. Exames de rotina OR 0,53; IC95% 0,49-0,57.
Asada Y, Kephart G.	Canadá, 2007	BMC Health Serv Res	Transversal	Secundários n=110923	- Pr de consultas com generalista em 1 ano: 79,3%; - < renda < contato médico.

Pr : Prevalência OR: Odds Ratio RR: Risco Relativo

## 1.2. Justificativa

Os serviços de saúde fazem parte do meio social onde vivem as pessoas, sendo um dos elementos que podem alterar a frequência e a distribuição dos agravos à saúde e melhorar a qualidade de vida da população (3). O uso de serviços de saúde pode impactar positivamente a saúde das populações, prevenindo a ocorrência e, mesmo, erradicando algumas doenças, reduzindo a mortalidade por causas específicas e aumentando as taxas de sobrevivência. Além disso, os serviços de saúde devem desempenhar um papel relevante no aumento do conforto e na diminuição do sofrimento, em particular da dor, entre os pacientes (82).

Ao medir a utilização, se está estudando o acesso aos serviços e, conseqüentemente ao se avaliar utilização e acesso por grupos, também se está avaliando a equidade. Esta é resultante da relação entre necessidade em saúde e utilização dos serviços de saúde para os diferentes grupos socioeconômicos (3).

Conforme Donabedian, acessibilidade é um importante fator da oferta, para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre equidade nos sistemas de saúde (83). As mudanças nos modelos de atenção acarretam alterações no padrão de utilização dos serviços de saúde. Ao longo das últimas 2 décadas, Pelotas passou por inúmeras mudanças na configuração da rede de Atenção Primária à Saúde (APS). O município aderiu às Ações Integradas de Saúde (AIS) no ano de 1986. Ao final de 1987, seguindo o Programa de Orçamento Integrada – 1988 (POI-88), foi necessária a elaboração do Plano Municipal da Saúde (PMS), o qual previa

uma rede regionalizada e hierarquizada em três níveis: primário, secundário e terciário. A década de 80 contou ainda com o surgimento dos planos privados de saúde e, em 1989, assistiu-se ao começo da retração de recursos com vistas a Reforma Sanitária. Em meados de 1994, a municipalização foi efetivamente implementada com o objetivo de fortalecer a atenção básica e, dessa forma, facilitar o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Em agosto de 2000, Pelotas assumiu a gestão plena do sistema de saúde municipal. O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), foi implementado na cidade no ano de 2002, como modelo assistencial substitutivo.

No ano de 1992, a cidade de Pelotas era constituída por aproximadamente 229 mil habitantes e contava com 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um médico para cada 260 habitantes. Atualmente, a população é de 338.544 habitantes, existem 50 UBS e 1 médico para cada 331 habitantes.

Em virtude das alterações no cenário da saúde municipal acima citadas, justifica-se a importância de se conhecer os fatores associados à utilização dos serviços de saúde ambulatoriais locais, bem como suas modificações nos últimos 15 anos. A avaliação periódica do padrão de utilização dos serviços ambulatoriais de saúde é de suma importância, pois auxilia a manter o foco nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de equidade e universalidade. Os estudos epidemiológicos de base populacional permitem a caracterização dos usuários e do padrão de utilização dos serviços de saúde, o que os torna primordiais para o planejamento e posterior avaliação do sistema de saúde. Os resultados do atual estudo poderão auxiliar no planejamento de ações que

visem o estabelecimento de um sistema de saúde sólido e capaz de atender a demanda da população de maneira equânime.

### **1.3. Marco Teórico**

Utilização significa ato ou efeito de utilizar-se. O modelo de utilização de serviços varia conforme o tipo de serviço a ser estudado, ou seja, as relações causais para utilização de serviços médicos ambulatoriais são diferentes das relações causais para utilização de serviços médicos hospitalares. O ato ou efeito da utilização pode ocorrer nos três níveis de atenção: primária, secundária ou terciária e, mesmo que conceitualmente a palavra utilização seja a mesma nos três contextos, os determinantes da cadeia causal são bastante diferentes (13, 16).

O marco teórico do atual estudo segue o modelo formulado por Andersen (16). De acordo com aqueles autores, no nível distal da cadeia causal para utilização de serviços de saúde ambulatoriais estão os fatores predisponentes, ou seja, variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil) e variáveis de estrutura social (escolaridade, cor da pele, ocupação, religião, tamanho da família), as quais têm influência sobre os fatores capacitantes e facilitadores familiares (renda, plano de saúde, assistência médica regular definida) e comunitários (preço dos serviços de saúde, número disponível de serviços, região do país e características urbanas e rurais). Os fatores capacitantes e facilitadores, por sua vez, influenciam as necessidades em saúde sentidas (sintomas, morbidades, restrições) e identificadas por médicos (rastreamentos e diagnóstico), as quais são os determinantes mais proximais da utilização de serviços ambulatoriais de saúde.

Assumindo a presença de fatores predisponentes e facilitadores, o indivíduo ou sua família deve perceber a doença ou a probabilidade de sua ocorrência, para que a utilização dos serviços de saúde ocorra. Necessidade em saúde auto-percebida ou derivada da atenção médica representa a causa imediata de utilização de serviços de saúde (16). A utilização de serviços de atenção primária está relacionada, principalmente, com o estado de saúde dos indivíduos, de acordo com sua autopercepção de saúde ou por indicadores mais objetivos, como presença de doenças crônicas, limitações da vida diária e incapacidades (36). Ao modelo proposto por Andersen (16), duas outras variáveis podem ser adicionadas. No nível proximal, dentro da categoria de necessidade, podem ser incluídas as hospitalizações prévias, ao lado das morbidades. A variável “existência de médico definido para consultar” poderá ser incluída no nível proximal da cadeia causal.

Dentre os fatores predisponentes, o sexo influencia positivamente a utilização dos serviços, fato este que se deve não apenas ao papel de cuidadoras atribuído às mulheres pela sociedade (35), mas que também é explicado pelo maior número de consultas para planejamento familiar e maternidade, o que faz com que estas demandem mais do sistema de saúde (2). Conforme Travassos et al, as mulheres sem inserção no mercado de trabalho - aposentadas e donas de casa -apresentaram maior probabilidade de uso de serviços de saúde do que as economicamente ativas. Uma possível explicação para esse resultado é que as donas de casa e as aposentadas apresentam piores condições de saúde do que as mulheres economicamente ativas (4). Por outro lado, como demonstrado por Gomes et al, os principais motivos pelos quais os homens consultam menos que as mulheres incluem o

fato de os homens não se reconhecerem como alvo do atendimento de programas de saúde, uma vez que as ações preventivas se dirigem quase que exclusivamente para mulheres (35).

A idade também é fator determinante da utilização de serviços de saúde. Tendo em vista que as doenças crônico-degenerativas incidem nas faixas etárias mais elevadas, os idosos são mais propensos a utilização dos serviços de saúde. Além das variáveis demográficas, o estado civil também atua sobre as variáveis que estão no segundo nível da cadeia causal. Indivíduos que moram com companheiro tendem a utilizar mais os serviços de saúde, possivelmente por se preocuparem mais com seu estado de saúde e, também, para realizar o planejamento familiar.

A escolaridade como fator determinante da utilização de serviços ainda é controversa na literatura. Alberts não encontrou diferença, após ajuste para idade e sexo, na utilização de serviços médicos na área de atenção primária, entre os diferentes graus de escolaridade (maior nível comparado ao menor nível de escolaridade) (9). Esta ausência de associação também foi observada por Capilheira et al, no Sul do Brasil (6). Costa et al constataram que o tipo de serviço utilizado é diferente conforme o grau de escolaridade e que a população com menos anos de estudo utiliza mais o sistema público (5).

O grau de escolaridade e, conseqüentemente, o melhor ou pior entendimento do processo saúde-doença não apenas influencia a utilização de serviços como também determina a presença de doenças crônicas e o consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas. Indivíduos ex-tabagistas tendem a consultar mais por apresentarem maior prevalência de doenças agudas e crônicas decorrentes do cigarro, quando comparados a não tabagistas (49). Em

relação ao IMC, Reidpath et al realizaram uma análise distinta para homens e mulheres e encontraram que, em ambos, o aumento do IMC estava associado a um aumento da utilização de serviços médicos (55), mesmo após controle para renda e idade.

Como já mencionado, no modelo proposto por Andersen, os fatores facilitadores são definidos como condição que permite a uma família satisfazer uma necessidade relacionada a um serviço de saúde, podendo ser medidos através da renda familiar, existência de plano de saúde e assistência médica definida (16). Diversos estudos demonstraram uma associação linear entre renda familiar e utilização de serviços de saúde (5, 6, 62), fato este que deve ser levado em conta quando se observa que a renda está diretamente associada à adesão a um plano de saúde, outro facilitador da utilização. A variável seguro de saúde está intimamente relacionada à categoria socioeconômica (64).

A existência de um médico definido para consultar é outro fator facilitador que é influenciado pelas variáveis socioeconômicas e determinará maior ou menor utilização de serviços. Mendoza-Sassi et al e Lambrew et al encontraram associação positiva entre a utilização de serviços de saúde e a existência de um médico definido para consultar (11, 12). As variáveis de necessidade percebida são determinantes proximais, pois indivíduos com relato de hospitalização prévia (5), morbidades (5), pior autopercepção de saúde (6, 20) e dias de inatividade (20) consultam mais.

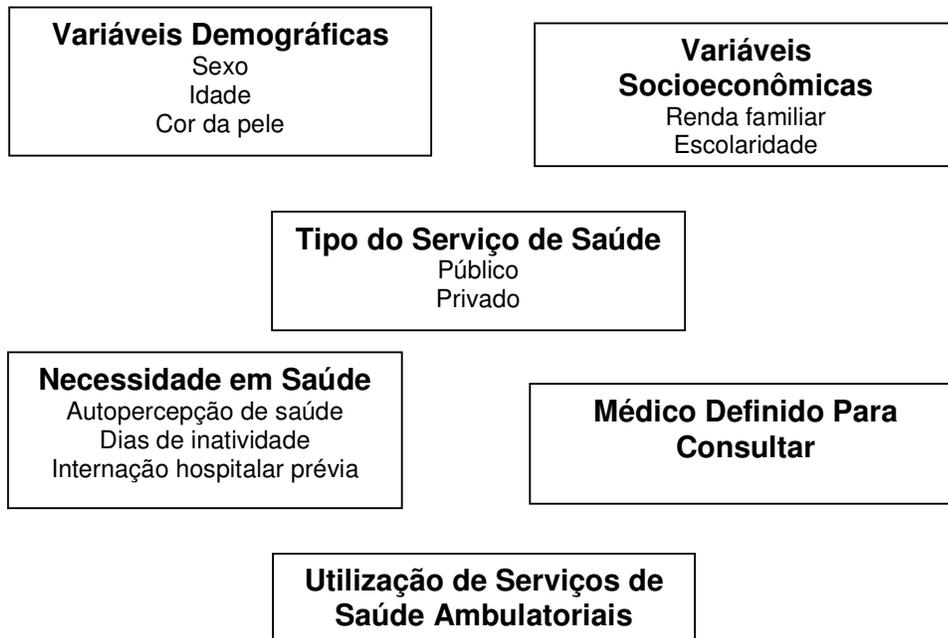
Dessa forma, conclui-se que, para avaliação da utilização de serviços de saúde, deve-se considerar a inter-relação existente entre os fatores causais e não apenas considerá-los de forma isolada, pois além da cadeia causal não ser

linear, é possível que esses se modifiquem conforme o contexto em que são analisados. As diversas realidades existentes no Brasil e as diferentes necessidades em saúde não permitem a elaboração de um modelo estático.

#### **1.4. Modelo Teórico**

O modelo teórico esquematizado na Figura 1 apresenta a relação causal das variáveis independentes que poderão determinar a utilização dos serviços ambulatoriais de saúde e que serão avaliadas nesse estudo.

Nesse modelo, no primeiro nível, as variáveis demográficas determinam as características socioeconômicas dos indivíduos. No segundo nível de determinação e em parte ou totalmente decorrentes das características do primeiro nível, estão as variáveis referentes ao tipo de serviço de saúde disponível. Em decorrência das características anteriores, as necessidades em saúde e a presença de um médico para consultar levarão à decisão de utilizar um serviço ambulatorial de saúde.



**Figura 1.** Modelo hierarquizado da utilização de serviços de saúde ambulatoriais.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo Geral

2.1.1.- Avaliar a variação da prevalência de utilização dos serviços de saúde ambulatoriais, nos últimos 15 anos, entre a população de 20 a 69 anos de idade residente na cidade de Pelotas-RS.

### 2.2. Objetivos Específicos

2.2.1.- Medir a prevalência de utilização de consultas ambulatoriais no ano de 2007;

2.2.2.- Comparar a prevalência de utilização de consultas ambulatoriais anuais nos anos de 1992 e 2007;

2.2.3.- Comparar a utilização dos serviços de saúde ambulatoriais nos anos de 1992 e 2007 conforme:

- fatores sócio-demográficos: nível econômico, escolaridade, sexo, faixa etária e cor da pele;
- fatores de organização dos serviços de saúde e consulta: tipo de local em que consultou na última vez (postos de saúde, médicos particulares, ambulatórios de hospitais, ambulatórios das faculdades, ambulatórios de empresas ou sindicatos, policlínicas ou médicos conveniados) e motivo da última consulta (aspectos preventivos, administrativos, doenças agudas, doenças crônicas);
- necessidade em saúde: hospitalização no último ano.

2.2.4.- Comparar nos anos de 1992 e 2007 o tipo de local da última consulta conforme fatores sócio-demográficos, motivo da última consulta e hospitalização no último ano.

### **3. Hipóteses**

3.1.- A prevalência de utilização de consultas ambulatoriais anuais na cidade de Pelotas no ano de 2007 será de 80%;

3.2.- A prevalência de utilização de consultas ambulatoriais anuais aumentará de 70% no ano de 1992 para 80% no ano de 2007;

3.3.- Tal como no ano de 1992, a utilização dos serviços de saúde ambulatoriais, na cidade de Pelotas no ano de 2007, será mais freqüente:

- no nível econômico mais alto,
- no sexo feminino,
- idade de 50 anos ou mais,
- entre os que apresentam doença crônica e

- entre os que hospitalizaram no último ano.

3.4.- Tal como no ano de 1992, não haverá diferença entre a prevalência de utilização de serviços ambulatoriais com escolaridade e cor da pele;

3.5.- A proporção de indivíduos que consulta no sistema público aumentará de 30% em 1992 para 60% em 2007 na última consulta;

3.7.- Não haverá diferença nos anos de 1992 e 2007 quanto à distribuição de utilização de serviços de saúde por tipo de local da última consulta, conforme fatores sócio-demográficos, motivo da última consulta e hospitalização no último ano.

## **4. Metodologia**

### **4.1. Delineamento**

Estudo transversal de base populacional.

### **4.2. Justificativa da escolha do delineamento**

A utilização deste delineamento se justifica pois os estudos de prevalência são relativamente baratos, fáceis de realizar (84), úteis nos planejamentos de serviços de saúde (85) e na investigação de exposições que são características individuais fixas (86), tais como raça e sexo (84). 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 (18, 85, 87).

Soma-se a isto o fato deste estudo fazer parte de um consórcio de pesquisa cujo delineamento é transversal e que será posteriormente descrito de forma detalhada.

### 4.3. Definição do desfecho

#### 4.3.1. Utilização de serviços de saúde ambulatoriais

A utilização de serviços de saúde ambulatoriais será definida como o relato de consulta médica nos doze meses que precederam a entrevista.

Serão considerados serviços ambulatoriais os seguintes: postos de saúde, médicos particulares, ambulatórios de hospitais, ambulatórios das faculdades, ambulatórios de empresas ou sindicatos, policlínicas e médicos conveniados.

### 4.4. Quadro de variáveis independentes

**Quadro 5.** Variáveis demográficas.

Variável	Tipo	Definição
Sexo	Dicotômica	Masculino, Feminino
Idade	Numérica discreta	Idade em anos completos
Cor da pele	Catégorica nominal	Branca, Não branca

**Quadro 6.** Variáveis socioeconômicas.

Variável	Tipo	Definição
Escolaridade	Numérica discreta	Anos completos de estudo
Renda familiar	Numérica contínua	Renda em reais

**Quadro 7.** Variáveis relacionadas ao acesso aos serviços de saúde.

Variável	Tipo	Definição
Médico definido para consultar	Dicotômica	Sim, Não
Tempo que consulta com mesmo médico	Numérica contínua	Zero até o valor máximo encontrado (tempo em meses)
Local da última consulta	Categórica nominal	Postos de saúde, Médicos particulares, Ambulatórios de hospitais, Ambulatórios das faculdades, Ambulatórios de empresas, Sindicatos, Policlínicas, Médicos conveniados, Outros
Motivo da última consulta	Categórica nominal	Aspectos preventivos, Aspectos administrativos, Doenças agudas, Doenças crônicas, Outros

**Quadro 8.** Variáveis relacionadas à quantificação da utilização.

Variável	Tipo	Definição
Número de consultas no último ano	Numérica discreta	Zero até o valor máximo encontrado
Consultou nos últimos 3 meses	Dicotômica	Sim, Não
Número de consultas nos últimos 3 meses	Numérica discreta	Zero até o valor máximo encontrado

**Quadro 9.** Variáveis de necessidade em saúde.

Variável	Tipo	Definição
Autopercepção de saúde	Categórica ordinal	Excelente, Muito Boa, Boa, Regular, Ruim
Dias de inatividade	Dicotômica	Sim, Não
Hospitalização no último ano	Dicotômica	Sim, Não

#### **4.5. População alvo**

Indivíduos de 20 a 69 anos de idade residentes na cidade de Pelotas-RS no ano de 2007.

#### **4.6. Critérios de elegibilidade**

Critérios de inclusão

- Indivíduos com idade entre 20 e 69 anos, residentes na cidade de Pelotas-RS.

Critérios de exclusão

- Indivíduos institucionalizados (prisões e asilos);
- Indivíduos com incapacidade mental e/ou física para responder ao questionário.

#### **4.7. Tamanho da amostra**

O cálculo de tamanho da amostra foi realizado para o estudo da prevalência de utilização de serviços de saúde ambulatoriais na cidade de Pelotas nos doze e nos três meses que precederam a entrevista.

##### **4.7.1. Prevalência de consulta médica no último ano**

- Prevalência esperada: 80%
- Nível de confiança: 95%
- Erro aceitável: 3 p.p.
- Efeito de Delineamento Amostral (Eda): 1,78
- Acréscimo para perdas e recusas: 10%
- N= 1337

#### **4.7.2. Prevalência de consulta médica nos últimos três meses**

- Prevalência esperada: 60%
- Nível de confiança: 95%
- Erro aceitável: 3 p.p.
- Efeito de Delineamento Amostral (Eda): 1,78
- Acréscimo para perdas e recusas: 10%
- N= 2005

Para o cálculo do efeito de delineamento amostral foram utilizados dados coletados pelos mestrados do consórcio do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFPel do ano de 2005 (dados não publicados). Utilizou-se um coeficiente de correlação intra-classe de 0,03 e o número de indivíduos por setor censitário, que foi de 27.

$$DEF= 1+ ICC \times (n \text{ indivíduos/setor} - 1)$$

$$DEF= 1 + 0,03 (27 - 1)$$

$$DEF= 1 + 0,78$$

$$DEF= 1,78$$

#### **4.8. Amostragem**

Cada um dos quatorze mestrados envolvidos no consórcio fez seu cálculo de tamanho amostral de forma a contemplar seus objetivos, estimativas para prevalências e fatores associados. A partir destes cálculos individuais, será realizada uma reunião com a finalidade de decidir quantos domicílios serão necessários para atender as demandas específicas de cada um. De forma a facilitar a logística do trabalho de campo e diminuir custos, decidiu-se

utilizar uma amostra por conglomerados, com uma estratégia de amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho.

Foi utilizada a grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000 para definição dos conglomerados. Dentre os 408 setores censitários, quatro foram excluídos por não serem domiciliares. Os demais foram colocados em ordem crescente conforme a renda média mensal do chefe da família.

O número total de domicílios (92.407) foi dividido pelo número de setores censitários escolhido pelos mestrandos (126), obtendo-se dessa forma o valor do pulo para a seleção sistemática (733). Após, de forma aleatória e utilizando o programa Stata 9.0, selecionou-se um número entre 1 e 733, que foi o número 196. Assim, o primeiro setor a ser incluído na amostra foi aquele que incluía o 196º domicílio. Ao número 196 foi adicionado 733, de forma que o segundo setor selecionado foi o que incluía o 929º domicílio e assim sucessivamente.

A amostragem sistemática de setores ordenados pela renda média mensal do chefe da família equivale a um processo de estratificação.

A seleção de domicílios dentro de cada setor selecionado foi obtida da seguinte forma: o número de domicílios do setor registrado pelo Censo Demográfico de 2000 foi dividido pelo número de domicílios desejados de forma a se obter o pulo. Um número entre 1 e o pulo de cada setor foi determinado de forma aleatória, sendo este o primeiro domicílio. Os domicílios seguintes foram determinados pela adição do valor do pulo, repetindo o processo até o fim do setor. Cada setor estudado teve seus domicílios enumerados para esta seleção, sendo que a estratégia descrita acima foi aplicada à lista obtida para cada setor. Em caso de aumento do número de

domicílios em relação ao Censo, serão selecionados mais domicílios do que os inicialmente planejados. O oposto ocorrerá nos setores onde houver redução do número de domicílios.

Em virtude da possível desatualização de dados em razão do último censo ter sido realizado há sete anos atrás, será feita uma atualização, através de contagem do número de domicílios em cada setor sorteado para fazer parte da amostra. Dependendo das variações de domicílios encontradas, o número total por setor poderá sofrer modificações, de forma a manter a eqüiprobabilidade entre os setores censitários.

#### **4.9. Instrumento de coleta dos dados**

A coleta dos dados será feita através de um questionário padronizado e pré-codificado que será aplicado aos indivíduos selecionados para a amostra por entrevistadores devidamente treinados. Cada entrevistador terá um manual de instruções detalhado sobre as questões, que tem como finalidade orientar na aplicação do questionário e auxiliar em caso de dúvidas comuns.

Cada mestrando participante do consórcio de pesquisa terá direito a realizar dez perguntas, as quais serão agrupadas em blocos conforme afinidade dos temas de pesquisa. Além disso, o questionário terá um bloco geral de perguntas comuns a todos os mestrandos.

As questões referentes à utilização de serviços de saúde serão literalmente transcritas do questionário utilizado na coleta de dados no ano de 1992. Porém, tendo em vista, que o modelo de utilização de serviços de saúde vem sofrendo modificações com o decorrer dos anos faz-se necessária a incorporação de questões referentes a necessidades em saúde, tais como:

autopercepção de saúde e dias de inatividade, além da questão referente à existência de um médico definido para consultar.

O ANEXO 1 contém as dez questões que serão feitas aos participantes e o manual de instruções para a aplicação das mesmas.

A fim de facilitar a identificação do posto de saúde utilizado pelo entrevistado em sua última consulta e com o objetivo de caracterizar se neste local existem equipes do Programa da Saúde da Família, optou-se por incluir um anexo com fotos da fachada dos 37 postos de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas.

O ANEXO 2 contém o catálogo de fotos entregue para cada entrevistadora.

#### **4.10. Seleção e treinamento de pessoal**

O processo seletivo para contratação de entrevistadoras será divulgado por meio de cartazes na Faculdade de Medicina da UFPel, na Universidade Católica de Pelotas (UCPel), nas Faculdades de Educação Física e Odontologia da UFPel. Além disso, será utilizada uma lista com nomes de entrevistadoras, que já tenham participado de pesquisas anteriores e que possuam referências positivas. As candidatas interessadas deverão entregar currículo preenchido na própria ficha de inscrição na secretaria do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia (PPGE).

As definições logísticas do trabalho de campo permitirão estabelecer o número de entrevistadoras a serem treinadas e o número a ser efetivamente contratado para a realização do trabalho de campo.

Serão treinadas todas as entrevistadoras que preencherem os seguintes critérios: ter segundo grau completo, ter disponibilidade de 40 horas semanais, incluindo finais de semana, e desempenho na entrevista. A entrevista com as candidatas será realizada pelos mestrandos e serão avaliados os seguintes itens: apresentação, expressão, comunicação, motivação e interesse financeiro.

As entrevistadoras aprovadas nas primeiras etapas do processo de seleção serão submetidas a um treinamento de 40 horas, o qual será coordenado pelos mestrandos, na sede do PPGE. O treinamento consistirá em: apresentação geral do consórcio de pesquisa; treinamento de técnicas de entrevista; leitura explicativa do questionário e do manual de instruções; e dramatizações. Ao final do treinamento, será aplicada uma prova teórica para avaliar o desempenho das candidatas em termos do conhecimento da logística do estudo, interpretação de quesitos específicos do questionário e codificação adequada das respostas às perguntas do questionário.

#### **4.11. Estudo piloto**

Um estudo piloto será realizado em um setor censitário não sorteado para fazer parte da amostra. O estudo piloto servirá como teste final do questionário, bem como para avaliar o manual de instruções e a organização do trabalho de campo. Servirá ainda como treinamento das entrevistadoras em situações reais e prática de codificação dos questionários.

#### **4.12. Logística**

Os mestrandos visitarão pessoalmente cada domicílio sorteado antes da entrevista. Neste momento, será entregue uma carta de apresentação da pesquisa, serão explicados os objetivos do estudo e anotados os melhores horários para realização da entrevista.

Cada mestrando será responsável por nove setores censitários e pela supervisão do trabalho de 2 a 3 entrevistadoras. Cada entrevistadora deverá realizar, em média, oito entrevistas por dia.

As entrevistadoras poderão fazer contato telefônico para esclarecimento de dúvidas com o mestrando que a supervisiona, bem como com o mestrando que estiver de plantão no Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Haverá ainda uma reunião semanal com o grupo de entrevistadoras para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Serão entrevistados todos os indivíduos com idade igual ou superior a vinte anos que residam nos domicílios sorteados. Caso o indivíduo não se encontre em casa no momento da visita, a entrevistadora deverá retornar por no mínimo mais duas vezes, em dias e horários alternados. Persistindo a perda, o supervisor do trabalho de campo deverá realizar uma visita, preferencialmente com horário pré-agendado. Nos casos de recusa do indivíduo sorteado, o procedimento será o mesmo da perda, ou seja, serão feitas três tentativas pela entrevistadora e uma pelo supervisor do trabalho de campo, antes que o indivíduo seja considerado uma recusa.

#### **4.13. Controle de qualidade**

Os supervisores do trabalho de campo farão revisão diária dos questionários a fim de checar erros de preenchimento e inconsistências, permitindo o retorno imediato aos domicílios para esclarecimentos.

O controle de qualidade será realizado, pelos mestrandos, em 10% das entrevistas realizadas em cada setor. Esta re-entrevista será realizada no domicílio. A veracidade das informações será testada através de um questionário padronizado e simplificado.

#### **4.14. Processamento e análise dos dados**

Após revisão e codificação, os questionários serão duplamente digitados utilizando o *software* EPI-INFO versão 6.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), com checagem automática de consistências. A análise dos dados será realizada no programa STATA 9.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

Os dados coletados no estudo realizado no ano de 1992 serão re-analisados. Será feita uma análise descritiva, estratificada por sexo, dos resultados encontrados nos anos de 1992 e 2007. As variáveis local e motivo da última consulta serão descritas apenas para as consultas que foram realizadas nos três meses que precederam a entrevista, a fim de diminuir o erro de recordatório e manter a consistência com o questionário aplicado no ano de 1992.

#### 4.14.1. Tabelas relevantes para o artigo final

Esta seção contém um esboço das tabelas que serão utilizadas na versão final do artigo científico.

**Tabela 1.** Descrição da amostra nos anos de 1992 e 2007 conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Variável	1992						2007					
	Total		Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo												
Masculino												
Feminino												
Idade (anos completos)												
20-29												
30-39												
40-49												
50-59												
60-69												
Cor da pele												
Branca												
Não branca												
Renda familiar em salários mínimos												
0-4												
5-8												
>8												
Escolaridade (anos completos)												
0-4												
5-8												
≥ 9												

**Tabela 2.** Descrição da amostra nos anos de 1992 e 2007 conforme local e motivo da última consulta e variável de necessidade em saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Variável	1992						2007					
	Total		Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo												
Masculino												
Feminino												
Local da última consulta												
Sistema público												
Serviço filantrópico												
Credenciados/conveniados												
Sistema privado												
Motivo da última consulta												
Aspectos preventivos												
Motivos administrativos												
Doenças agudas												
Doenças crônicas												
Hospitalização no último ano												
Não												
Sim												

**Tabela 3.** Local da última consulta conforme variáveis demográficas, socioeconômicas, de organização dos serviços e de necessidade em saúde nos anos de 1992 e 2007. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Características	Local da última consulta							
	Sistema público		Filantrópicos		Credenciados		Sistema privado	
	1992	2007	1992	2007	1992	2007	1992	2007
<b>Demográficas</b>	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sexo								
Masculino								
Feminino								
Idade (anos completos)								
20-29								
30-39								
40-49								
50-59								
60-69								
Cor da pele								
Branca								
Não branca								
<b>Socioeconômicas</b>								
Renda familiar em salários mínimos								
0-4								
5-8								
>8								
Escolaridade (anos completos)								
0-4								
5-8								

≥ 9

**Organização dos Serviços**

Motivo da última consulta

Aspectos preventivos

Motivos administrativos

Doenças agudas

Doenças crónicas

**Necessidade em saúde**

Hospitalização no último ano

Não

Sim

**Total**

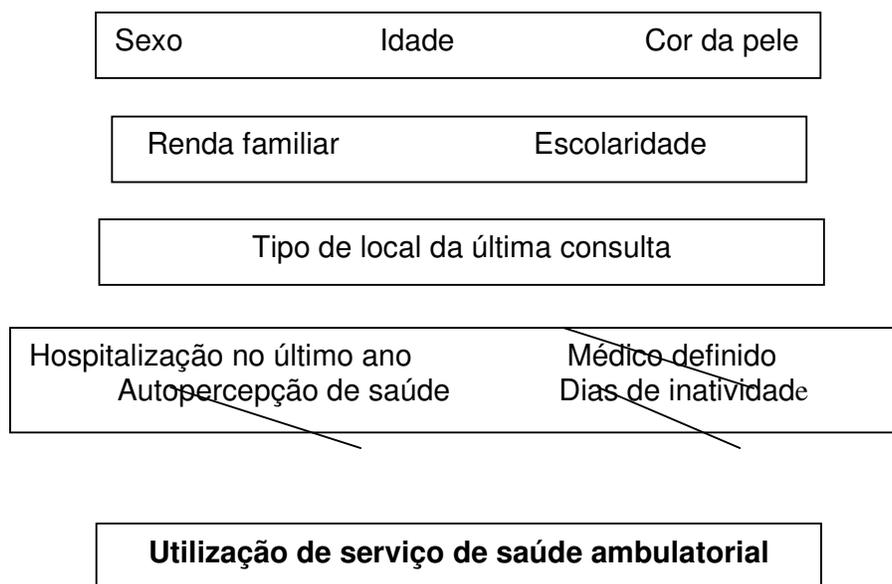
---

---

#### **4.15. Modelo de análise**

Por se tratar de um estudo descritivo, não será utilizado um modelo de análise. Porém, a Figura 2 apresenta, de forma esquematizada, o modelo de análise que, na opinião da autora, seria utilizado para avaliação de possíveis associações entre as variáveis independentes e a utilização de serviços de saúde

No nível distal seriam incluídas as variáveis sexo, idade e cor da pele, ou seja, variáveis não susceptíveis a mudança e que podem ter influência sobre as variáveis de nível econômico, escolaridade e situação conjugal. No nível intermediário do modelo, estaria o local da última consulta que, para fins de análise, seria agrupado em sistema público, filantrópico, credenciado e privado. As necessidades em saúde e a existência de médico definido para consultar fariam parte do nível proximal no modelo de análise . Cabe ressaltar que, apesar de incluídas no modelo, as variáveis de autopercepção de saúde, dias de inatividade e médico definido para consultar não seriam analisadas no estudo comparativo da utilização nos anos de 1992 e 2007, pois não foram coletadas naquele ano.



**Figura 2.** Modelo hierarquizado de análise.

#### 4.16. Material

**Quadro 10.** Descrição dos recursos necessários (recursos humanos, equipamentos e material de consumo).

<b>Recursos Humanos</b>	<b>Equipamentos</b>	<b>Material de Consumo</b>
Entrevistadores	Computadores	Folhas A4
Supervisores de campo	Impressora	Lápis/Caneta
Digitadores	Telefone	Borracha/Apontadores
		Clips
		Grampeadores/Grampos
		Toner para impressora
		Pranchetas
		Carta de apresentação
		Crachás
		Mapas
		Caixas de papelão

## **5. Aspectos éticos**

O protocolo do presente projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, antes do início da coleta de dados.

Os indivíduos selecionados para participar do estudo terão que fornecer seu consentimento informado por escrito (ANEXO 3) e aos mesmos será garantido o sigilo das informações. Além disso, os indivíduos terão assegurado o direito de não participação no estudo, sem qualquer ônus para si ou para sua família.

## **6. Divulgação dos resultados**

Os resultados do presente estudo serão divulgados através da publicação de um artigo científico em periódico da área da saúde, volume de dissertação de conclusão do curso de mestrado em Epidemiologia, sumário baseado nos principais resultados do estudo a ser divulgado na imprensa local e relatório para a Secretaria Municipal de Saúde.

## **7. Financiamento**

Este projeto de pesquisa faz parte do consórcio de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas e será financiado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e pelos mestrandos da turma do ano de 2007.

## 8. Cronograma

O cronograma das atividades a serem realizadas durante o trabalho de pesquisa está descrito na tabela abaixo.

**Quadro 11.** Cronograma das atividades a serem desenvolvidas.

Etapas	Ano de 2007										Ano de 2008						
	Ma	Ab	Ma	Ju	Ju	Ag	Se	Ou	No	De	Ja	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju	Ju
Definição do tema de pesquisa	■																
Elaboração do projeto		■	■	■	■												
Revisão de literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração do instrumento					■	■	■										
Processo de amostragem						■	■										
Treinamento dos entrevistadores							■										
Seleção dos entrevistadores							■										
Estudo Piloto							■										
Trabalho de campo								■	■	■							
Processamento dos dados								■	■	■	■						
Análise dos dados											■	■	■	■			
Redação do relatório e do artigo												■	■	■	■	■	
Defesa e entrega da Dissertação																■	■

## 9. Referências Bibliográficas

1. Barker LR, Burton JR, Zieve PD. Principles of ambulatory Medicine. United States of America: Williams Wilkins;1982.
2. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract.* 1996 Feb;13(1):75-83.
3. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.;1995.
4. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. [Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status]. *Rev Panam Salud Publica.* 2002 May-Jun;11(5-6):365-73.
5. Dias da Costa JS, Facchini LA. [Use of outpatient services in an urban area of Southern Brazil: place and frequency]. *Rev Saude Publica.* 1997 Aug;31(4):360-9.
6. Capilheira MF, da Silva Dos Santos I. [Individual factors associated with medical consultation by adults]. *Rev Saude Publica.* 2006 Jun;40(3):436-43.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE 2005.
8. Kronenfeld JJ. Sources of ambulatory care and utilization models. *Health Serv Res.* 1980 Spring;15(1):3-20.
9. Alberts JF, Sanderman R, Eimers JM, van den Heuvel WJ. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curacao. *Soc Sci Med.* 1997 Jul;45(2):213-20.

10. Fernandez de la Hoz K, Leon DA. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int J Epidemiol*. 1996 Jun;25(3):593-603.
11. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2003 Sep-Oct;19(5):1257-66.
12. Lambrew JM, DeFriese GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Med Care*. 1996 Feb;34(2):138-51.
13. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995 Mar;36(1):1-10.
14. Haynes RM, Bentham CG. The effects of accessibility on general practitioner consultations, out-patient attendances and in-patient admissions in Norfolk, England. *Soc Sci Med*. 1982;16(5):561-9.
15. Travassos C, Martins M. [A review of concepts in health services access and utilization]. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Suppl 2:S190-8.
16. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Blackwell Synergy* 1973:95-124.
17. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978;56(2):295-303.
18. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol*. 1999 Feb;28(1):10-8.

19. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcelos MTL, Leal MC, Azevedo LO, RSB Q. Pesquisa Mundial de Saúde 2003. Radis: Comunicação em Saúde Especial: A Saúde em Números. 2004; 23:14-33.
20. Mendoza-Sassi R, Beria JU, Barros AJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. Rev Saude Publica. 2003 Jun;37(3):372-8.
21. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. [Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey]. Cad Saude Publica. 2003 May-Jun;19(3):735-43.
22. Nolan B. General practitioner utilisation in Ireland: the role of socio-economic factors. Soc Sci Med. 1994 Mar;38(5):711-6.
23. Dempsey P, Wilson D, Taylor A, Wilkinson D. Self-reported patterns of health services utilisation: an urban-rural comparison in South Australia. Aust J Rural Health. 2003 Apr;11(2):81-8.
24. Kiefe CI, Hyman DJ. Do public clinic systems provide health care access for the urban poor? A cross-sectional survey. J Community Health. 1996 Feb;21(1):61-70.
25. Brown ER, Davidson PL, Yu H, Wyn R, Andersen RM, Becerra L, et al. Effects of community factors on access to ambulatory care for lower-income adults in large urban communities. Inquiry. 2004 Spring;41(1):39-56.
26. Mapelli V. Health needs, demand for health services and expenditure across social groups in Italy: an empirical investigation. Soc Sci Med. 1993 Apr;36(8):999-1009.

27. Gresenz CR, Rogowski J, Escarce JJ. Health care markets, the safety net, and utilization of care among the uninsured. *Health Serv Res.* 2007 Feb;42(1 Pt 1):239-64.
28. Al Snih S, Markides KS, Ray LA, Freeman JL, Ostir GV, Goodwin JS. Predictors of healthcare utilization among older Mexican Americans. *Ethn Dis.* 2006 Summer;16(3):640-6.
29. Pinheiro RS, Travassos C. [Inequality in health care use by the elderly in three districts in Rio de Janeiro]. *Cad Saude Publica.* 1999 Jul-Sep;15(3):487-96.
30. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *The Journal of family practice.* 2000 Feb;49(2):147-52.
31. 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 Nov;59(10):2121-9.
32. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health.* 2006;6:155.
33. Fernandez E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *Journal of epidemiology and community health.* 1999 Apr;53(4):218-22.
34. Viera AJ, Thorpe JM, Garrett JM. Effects of sex, age, and visits on receipt of preventive healthcare services: a secondary analysis of national data. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:15.

35. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. [Why do men use health services less than women? Explanations by men with low versus higher education]. *Cad Saude Publica*. 2007 Mar;23(3):565-74.
36. Saez M. [Factors conditioning primary care services utilization. Empirical evidence and methodological inconsistencies]. *Gac Sanit*. 2003 Sep-Oct;17(5):412-9.
37. Bellon Saameno JA, Delgado Sanchez A, Luna del Castillo Jde D, Lardelli Claret P. [Influence of age and sex on various types of utilization of the primary health care]. *Gac Sanit*. 1995 Nov-Dec;9(51):343-53.
38. Carr-Hill RA, Rice N, Roland M. Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. *Bmj*. 1996 Apr 20;312(7037):1008-12.
39. Berk ML, Taylor AK. Women and divorce: health insurance coverage, utilization, and health care expenditures. *Am J Public Health*. 1984 Nov;74(11):1276-8.
40. Joung IM, van der Meer JB, Mackenbach JP. Marital status and health care utilization. *Int J Epidemiol*. 1995 Jun;24(3):569-75.
41. Noronha KV, Andrade MV. [Social inequality in health and the utilization of health services among the elderly in Latin America]. *Rev Panam Salud Publica*. 2005 May-Jun;17(5-6):410-8.
42. Droomers M, Westert GP. Do lower socioeconomic groups use more health services, because they suffer from more illnesses? *Eur J Public Health*. 2004 Sep;14(3):311-3.

43. van der Meer JB, van den Bos J, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in the utilization of health services in a Dutch population: the contribution of health status. *Health Policy*. 1996 Jul;37(1):1-18.
44. Kephart G, Thomas VS, MacLean DR. Socioeconomic differences in the use of physician services in Nova Scotia. *Am J Public Health*. 1998 May;88(5):800-3.
45. Lostao L, Regidor E, Calle ME, Navarro P, Dominguez V. [Changes in socioeconomic differences in the utilization of and accessibility to health services in Spain between 1987 and 1995/97]. *Rev Esp Salud Publica*. 2001 Mar-Apr;75(2):115-27.
46. Yelin EH, Kramer JS, Epstein WV. Is health care use equivalent across social groups? A diagnosis-based study. *Am J Public Health*. 1983 May;73(5):563-71.
47. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *SciELO Brasil* 2007:305-13.
48. Balarajan R, Yuen P, Machin D. Deprivation and general practitioner workload. *Bmj*. 1992 Feb 29;304(6826):529-34.
49. Jee SH, Kim IS, Suh I. The effect of smoking on health service utilization. *Yonsei Med J*. 1993 Sep;34(3):223-33.
50. Rodriguez Artalejo F, de Andres Manzano B, Guallar-Castillon P, Puente Mendizabal MT, Gonzalez Enriquez J, del Rey Calero J. The association of tobacco and alcohol consumption with the use of health care services in Spain. *Preventive medicine*. 2000 Nov;31(5):554-61.

51. Bertakis KD, Azari R. The influence of obesity, alcohol abuse, and smoking on utilization of health care services. *Family medicine*. 2006 Jun;38(6):427-34.
52. Peruga A, Martinez RM, Martin Sanchez L, Aracil Rodriguez E. [The association between alcohol consumption and health services utilization]. *Gac Sanit*. 1990 May-Jun;4(18):93-9.
53. Baumeister SE, Meyer C, Carreon D, Freyer J, Rumpf HJ, Hapke U, et al. Alcohol consumption and health-services utilization in Germany. *Journal of studies on alcohol*. 2006 May;67(3):429-35.
54. Baumeister SE, Schumann A, Nakazono TT, Alte D, Friedrich N, John U, et al. Alcohol consumption and out-patient services utilization by abstainers and drinkers. *Addiction (Abingdon, England)*. 2006 Sep;101(9):1285-91.
55. Reidpath DD, Crawford D, Tilgner L, Gibbons C. Relationship between body mass index and the use of healthcare services in Australia. *Obes Res*. 2002 Jun;10(6):526-31.
56. Guallar-Castillon P, Lopez Garcia E, Lozano Palacios L, Gutierrez-Fisac JL, Banegas Banegas JR, Lafuente Urduinguio PJ, et al. The relationship of overweight and obesity with subjective health and use of health-care services among Spanish women. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002 Feb;26(2):247-52.
57. Frost GS, Lyons GF. Obesity impacts on general practice appointments. *Obes Res*. 2005 Aug;13(8):1442-9.
58. Leon-Munoz LM, Guallar-Castillon P, Lopez Garcia E, Banegas JR, Gutierrez-Fisac JL, Rodriguez-Artalejo F. Relationship of BMI, waist

circumference, and weight change with use of health services by older adults. *Obes Res.* 2005 Aug;13(8):1398-404.

59. Regidor E, Martinez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Dominguez V. [Association of income with use of and access to health services in Spain at the beginning of the XXI century]. *Gac Sanit.* 2006 Sep-Oct;20(5):352-9.

60. Asada Y, Kephart G. Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:41.

61. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. [Socioeconomic circumstances and health among the brazilian elderly: a study using data from a National Household Survey]. *Cad Saude Publica.* 2003 May-Jun;19(3):745-57.

62. Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv.* 2000;30(1):129-62.

63. Rutter M. *Pesquisa de mercado.* São Paulo;1988.

64. Mendoza-Sassi R, Beria JU. [Health services utilization: a systematic review of related factors]. *Cad Saude Publica.* 2001 Jul-Aug;17(4):819-32.

65. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, et al. Health care services utilization and access inequalities in the Sao Paulo Metropolitan Region. *SciELO Brasil* 2007:351-62.

66. Greenlick MR, Hurtado AV, Pope CR, Saward EW, Yoshioka SS. Determinants of medical care utilization. *Health Serv Res.* 1968 Winter;3(4):296-315.

67. Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JO, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saude Publica.* 2002 Jan-Feb;18(1):177-86.

68. Buchmueller TC, Couffinal A, Grignon M, Perronnin M. Access to physician services: does supplemental insurance matter? evidence from France. *Health Econ.* 2004 Jul;13(7):669-87.
69. Donabedian A. *La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación.* México: La Prensa Médica Mexicana, S.A.;1984.
70. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health.* 1998 Sep;88(9):1330-6.
71. Sinay T. Access to quality health services: determinants of access. *J Health Care Finance.* 2002 Summer;28(4):58-68.
72. Finkelstein MM. Do factors other than need determine utilization of physicians' services in Ontario? *Cmaj.* 2001 Sep 4;165(5):565-70.
73. Hayward RA, Bernard AM, Freeman HE, Corey CR. Regular source of ambulatory care and access to health services. *Am J Public Health.* 1991 Apr;81(4):434-8.
74. Gallagher TC, Andersen RM, Koegel P, Gelberg L. Determinants of regular source of care among homeless adults in Los Angeles. *Med Care.* 1997 Aug;35(8):814-30.
75. Sox CM, Swartz K, Burstin HR, Brennan TA. Insurance or a regular physician: which is the most powerful predictor of health care? *Am J Public Health.* 1998 Mar;88(3):364-70.
76. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med.* 2000 Jul;51(1):123-33.

77. de Almeida Ribeiro MCS, Barata RB, de Almeida MF, da Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS–PNAD 2003. 2006.
78. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *SciELO Brasil* 2002:687-707.
79. Richards SH, Coast J, Peters TJ. Patient-reported use of health service resources compared with information from health providers. *Health Soc Care Community*. 2003 Nov;11(6):510-8.
80. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *SciELO Brasil* 2002:757-76.
81. Song J, Chang RW, Manheim LM, Dunlop DD. Gender differences across race/ethnicity in use of health care among Medicare-aged Americans. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006 Dec;15(10):1205-13.
82. Travassos C. [Equity in the Brazilian Health Care System: a contribution for debate]. *Cad Saude Publica*. 1997 Apr;13(2):325-30.
83. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Cambridge (Mass): Harvard University Press;1973.
84. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. *Epidemiologia Básica*. São Paulo: Santos Livraria Editora;1996.
85. Cesar CL, Tanaka OY. [Household surveys as an evaluation tool for health services: a case study from the Southeast region of the Greater Sao Paulo Metropolitan Area, 1989-1990]. *Cad Saude Publica*. 1996;12 Suppl 2:59-70.

86. Last JM. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford Univ Press;1995.
87. Goldbaum M. [Epidemiology and health services]. Cad Saude Publica. 1996;12 Suppl 2:95-8.

# **ANEXOS**

## Questionário

AS PERGUNTAS A SEGUIR DEVEM SER APLICADAS AOS INDIVÍDUOS ENTRE 20 E 69 ANOS DE IDADE

**PERGUNTA 1. Desde <MÊS> do ano passado, o (a) Sr.(a) baixou em algum hospital?**

(0) Não      (1) Sim      (8) NSA      (9) IGN      GHOSP \_\_

**PERGUNTA 2. Desde <MÊS> do ano passado quantas vezes o (a) Sr.(a) consultou com médico? (Caso a resposta seja 0 pule para a questão 10).**

\_\_ vezes      (88) NSA      (99) IGN      GCONA \_\_

**PERGUNTA 3. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> quantas vezes o (a) Sr.(a) consultou com médico? (Caso o indivíduo responda “nenhuma vez” pule para questão 07).**

\_\_ vezes      (88) NSA      (99) IGN      GCON3 \_\_

**PERGUNTA 4. Onde o (a) Sr.(a) consultou a última vez? (Não ler as opções)**

- (01) Posto de saúde → Do seu bairro? (0) Não    (1) Sim    (8) NSA      GLOC \_\_  
(02) Pronto socorro      GBAI \_\_  
(03) Médico particular  
(04) Ambulatório de hospital  
(05) Ambulatório de faculdade  
(06) Ambulatório de sindicato ou empresa  
(07) Policlínica médica medicina de grupo  
(10) Ambulatório do INSS  
(11) Médico conveniado  
(12) Centro de Atendimento Médico Psicossocial (CAPS)  
(13) Centro de especialidades  
(14) Outro \_\_\_\_\_  
(88) NSA  
(99) IGN

*Se o indivíduo não responder Posto de Saúde, pule para a pergunta 06*

**PERGUNTA 5. Agora eu vou lhe mostrar umas fotos. O (a) Sr (a) poderia me apontar qual o posto em que consultou na última vez?**

Foto Número \_\_\_\_\_      GFOTO \_\_  
(88) NSA      (99) IGN

**PERGUNTA 6. Por qual motivo o (a) Sr.(a) consultou a última vez?**

(\_\_ \_\_) \_\_\_\_\_  
(88) NSA (99) IGN GMOTC\_\_

**PERGUNTA 7. Quando o (a) Sr.(a) tem um problema de saúde e decide consultar, tem algum médico ao qual o (a) Sr.(a) costuma ir na maioria das vezes? (Caso a resposta seja negativa ou ignorada pule para questão 9).**

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN GMEDD\_\_

**PERGUNTA 8. Há quanto tempo o (a) Sr.(a) consulta com esse médico?**

\_\_ \_\_ (anos) \_\_ \_\_ (meses) GMEDTA\_\_  
(88) NSA (99) IGN GMEDTM\_\_

**PERGUNTA 9. O (a) Sr.(a) teve algum problema de saúde desde <TRÊS MESES ATRÁS> até hoje, que lhe impediu de fazer as coisas do seu dia-a-dia, como ir à aula, trabalhar ou sair de casa? (Pular para próximo questionário do consórcio)**

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN GDINAT\_\_

**PERGUNTA 10. Porque o (a) Sr.(a) não consultou com médico neste período? (Não ler as opções).**

(00) Não precisou GMOTNC\_\_  
(01) Não tinha vaga/ficha  
(02) Não tinha médico  
(03) Não teve tempo  
(04) O local onde consulta estava fechado na hora em que precisou  
(05) O local onde consulta é longe de casa  
(06) Não tinha dinheiro  
(07) Não tinha quem levasse a consulta  
(10) Outro \_\_\_\_\_  
(88) NSA  
(99) IGN

## Manual de instruções

### As questões a seguir devem ser aplicadas aos indivíduos entre 20 e 69 anos de idade

**PERGUNTA 1. Desde <MÊS> do ano passado, o (a) Sr.(a) baixou em algum hospital?**

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

A palavra “MÊS” refere-se ao mesmo mês de aplicação da entrevista. Exemplo: Se a entrevista estiver sendo aplicada no mês de outubro pergunte: Desde OUTUBRO do ano passado...

Esta pergunta refere-se à internação hospitalar, ou seja, se o indivíduo esteve hospitalizado nos últimos 12 meses que antecederam à entrevista, incluindo internação para parto. Considere hospitalização como tendo ficado mais de 24 horas no hospital. Se a resposta for “Não lembro”, repita a questão, se o entrevistado relata novamente a mesma resposta então codifique “9 (IGN)”.

**PERGUNTA 2. Desde <MÊS> do ano passado quantas vezes o (a) Sr.(a) consultou com médico?** (Caso a resposta seja 0 pule para a questão 10).

\_\_ vezes (88) NSA (99) IGN

A instrução para substituir a palavra MÊS é a mesma da questão acima. Nesta questão queremos saber se o entrevistado consultou com algum **médico** nos últimos 12 meses que antecederam à entrevista. Anote o número de vezes na codificação. No caso de respostas como “nenhuma vez” ou “não consultei”, codifique com “00” (zero zero) e pule para questão 10. Se não lembrar, marcar “99 (IGN)”.

Não são consideradas consultas de filhos, irmãos, amigos etc.!!! Ex: Eu não consultei, mas levei meu filho para consultar. Codifique 00.

**PERGUNTA 3. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> quantas vezes o (a) Sr.(a) consultou com médico?** (Caso o indivíduo responda “nenhuma vez” pule para questão 07).

\_\_ vezes (88) NSA (99) IGN

Deve-se substituir as palavras “TRES MESES ATRÁS” pelo nome do mês. Exemplo: Se o questionário estiver sendo aplicado no mês de outubro você deve perguntar: Desde JULHO quantas vezes o (a) Sr.(a) consultou com médico?

Nesta questão queremos saber se o entrevistado consultou com algum **médico** nos últimos 03 meses que antecederam à entrevista. Anote o número de vezes na codificação. No caso de respostas como “nenhuma vez” ou “não consultei”, codifique com “00” (zero zero) e pule para questão 07. Se não lembrar, marcar “99 (IGN)”. Caso o indivíduo não tenha consultado nos últimos 12 meses (questão 2) esta questão não se aplica e deve ser codificada com “88 (NSA)”.

**PERGUNTA 4. Onde o (a) Sr.(a) consultou a última vez?** (Não ler as opções)

- (01) Posto de saúde → Do seu bairro? (0) Não (1) Sim (8) NSA
- (02) Pronto socorro
- (03) Médico particular
- (04) Ambulatório de hospital

- (05) Ambulatório de faculdade
- (06) Ambulatório de sindicato ou empresa
- (07) Policlínica médica medicina de grupo
- (10) Ambulatório do INSS
- (11) Médico conveniado
- (12) Centro de Atendimento Médico Psicossocial (CAPS)
- (13) Centro de especialidades
- (14) Outro \_\_\_\_\_
- (88) NSA
- (99) IGN

Se o indivíduo não responder Posto de Saúde, pule para a pergunta 06

Esta questão refere-se ao local da realização da última consulta, nos últimos 3 meses. Caso a resposta seja no POSTO DE SAÚDE você deve perguntar se o posto era do bairro onde a pessoa mora ou não. Pergunte qual, anote o nome do local conforme a lista abaixo. Se o entrevistado relatar que não lembra o nome, repita a pergunta e tente anotar o que o entrevistado diz.

**Posto de Saúde do Bairro** – antes da saída para o trabalho em cada setor verifique qual o posto de saúde do bairro da zona em que for trabalhar.

**Outro Posto de Saúde** – considere posto de saúde, apenas os serviços que constam na lista padrão de fotos de postos (todos eles têm uma foto de sua fachada no álbum de fotos).

**Pronto Socorro** – Considerar como pronto socorro os únicos existentes em Pelotas: PS Municipal e PS Miguel Piltcher (local onde as pessoas fazem consultas de urgência por trauma).

**Médico Particular** – Considerar como consulta particular aquela paga INTEGRALMENTE a profissional médico.

**Ambulatório de Hospital** – Considere ambulatório de hospital, consultas ambulatoriais, independente da especialidade médica, nos seguintes locais: Santa Casa, Beneficência, Hospital Universitário (Clínicas/São Francisco), Sanatório/Hospital Espírita, Hospital Miguel Piltcher.

**Ambulatório da Faculdade** – Considere consultas realizadas nos ambulatórios da faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas ou Clínica Olivé Leite/Postão.

**Ambulatório de Sindicato ou Empresa** – Considere serviços próprios (localizados em) de sindicatos ou empresas nas quais as consultas não impliquem em gastos diretos. Ex: Eu consulto no local de trabalho ou na sede da empresa.

**Policlínica ou Medicina de Grupo** – Considere serviços pagos pelo empregador, fora do ambiente de trabalho. Ex: Sul-Clínica, Saúde Maior, Prontocor, Pias, Cruz de Prata, Policlínica Pelotense etc.

Ex: Eu consulto na Sul-Clínica, Saúde Maior, Prontocor, Pias, Cruz de Prata, Policlínica Pelotense etc. pelo **convênio do trabalho**. Caso o entrevistado responda que consultou nestes locais por ter convênio pago por si próprio e não pelo empregador considere MÉDICO CONVENIADO!!!

**Ambulatório do INSS** – Considere apenas consultas na rua Princesa Isabel esquina Barroso, pois ainda podem ser feitas perícias médicas neste local.

**Médico Conveniado** – Refere-se a consultas em que determinada parte do valor é paga pela pessoa entrevistada e outra parte é, geralmente, paga pela sua entidade privada. Ex: IPE, UNIMED.

**CAPS** - Centro de Atendimento Médico Psicossocial (CAPS)

**Centro de Especialidades** – Considere as consultas realizadas na Rua Voluntários da Pátria quase esquina Santos Dumont. Neste local são realizadas consultas médicas de especialidades tais como: ginecologia, pediatria, urologia, endocrinologia...Na sua maior parte as consultas foram encaminhadas pelos Postos de Saúde, mas em algumas situações o indivíduo pode ter ido diretamente a este local (sem encaminhamento) para consultar.

**Outro** – Refere-se a locais que, aparentemente, não se enquadrem nas opções acima. Ex: consultei em Porto Alegre. Escrever de forma legível e com o máximo de detalhes possíveis.

Em caso de dúvidas deve-se discutir com a mestranda Gisele Nader a fim de realizar a codificação da melhor maneira possível.

SE A ÚLTIMA CONSULTA FOI EM POSTO DE SAÚDE, PERGUNTAR:

**PERGUNTA 5. Agora eu vou lhe mostrar umas fotos. O (a) Sr (a) poderia me apontar qual o posto em que consultou na última vez?**

Foto Número \_\_\_\_\_  
(88) NSA      (99) IGN

É extremamente importante que o Posto de Saúde seja reconhecido pelo entrevistado isso é fundamental para esta pesquisa, faça o máximo de esforço! Anote todas as informações fornecidas pelo entrevistado.

Para codificação de qual Posto, você vai precisar do álbum de fotografias. O álbum contém fotografias com a fachada dos postos de saúde e cada foto possui um número que vai de 1 a 37. Para facilitar a identificação você pode também consultar o Anexo 1 que contém os endereços dos Postos de Saúde e os nomes populares pelos quais eles são conhecidos.

Caso o entrevistado tenha respondido que consultou em posto de saúde do bairro vá direto às fotos do setor censitário em que você se encontra, caso contrário tente localizar por setor.

Não foram incluídas fotos de postos de saúde da zona rural, portanto, codifique com o número 66 caso não encontre a foto na zona urbana. Consultas em postos de outras cidades devem ser codificadas com o número 77.

Deve-se codificar com 88 (NSA) caso as respostas para a questão 4 não tenha sido alternativa 1 e caso o indivíduo não tenha consultado nos últimos 3 meses.

Deve-se codificar com 99(IGN) caso o entrevistado não lembre do posto e nem o identifique nas fotos.

**PERGUNTA 6. Por qual motivo o (a) Sr.(a) consultou a última vez?**

( \_ ) \_\_\_\_\_  
(88) NSA      (99) IGN

Anotar o motivo fornecido pelo entrevistado. Não faça interpretações. Ex: Se o entrevistado refere como motivo da consulta “dor nas costas”, isto não significa “lombalgia ou pneumonia”, escreva DOR NAS COSTAS. Deve-se codificar com 88 para os casos em que o indivíduo não consultou nos últimos 3 meses e com 99 caso ele não lembre o motivo da consulta. Utilize a linha para escrever e deixe o espaço entre parênteses em branco (exceto em casos de 99).

**PERGUNTA 7. Quando o (a) Sr.(a) tem um problema de saúde e decide consultar, tem algum médico ao qual o (a) Sr.(a) costuma ir na maioria das vezes? (Caso a resposta seja negativa ou ignorada pule para questão 9).**

(0) Não      (1) Sim      (8) NSA      (9)IGN

Caso o entrevistado responda que vai na farmácia, curandeiro ou qualquer outro local que não possua assistência MEDICA codifique como NÃO. Caso a resposta seja NÃO pule para questão 9.

O entrevistado pode não saber informar e neste caso codifique com 9 (IGN).

**PERGUNTA 8. Há quanto tempo o (a) Sr.(a) consulta com esse médico?**

\_\_\_ \_\_\_ (anos) \_\_\_ \_\_\_ (meses)  
(88) NSA      (99) IGN

Anotar quanto tempo a pessoa consulta com o mesmo médico, esse a quem ela se referiu na questão 7. Escreva o número de anos e meses completos. Se o entrevistado disser que tem dois médicos com quem consulta há bastante tempo opte pelo de maior tempo. Ex: consulto com ginecologista há 5 anos e com clínico há 10 anos. Neste caso escreva 10 anos.

**PERGUNTA 9. O (a) Sr.(a) teve algum problema de saúde desde <TRÊS MESES ATRÁS> até hoje, que lhe impediu de fazer as coisas do seu dia-a-dia, como ir à aula, trabalhar ou sair de casa? (Pular para próximo questionário do consórcio)**

(0) Não      (1) Sim      (8) NSA      (9)IGN

Esta pergunta refere-se a dias de inatividade, ou seja, se o entrevistado deixou de fazer suas atividades habituais, rotineiras ou se permaneceu de cama. Este item também inclui o período em que o entrevistado ficou hospitalizado, caso tenha hospitalizado. Substituir as palavras “TRES MESES ATRÁS” pelo nome do mês. Ex: Em outubro perguntar: O Sr. (a) teve algum...desde JULHO até hoje, que lhe impediu de fazer...

Caso o entrevistado não lembre, codifique 9 (IGN). Caso esta questão ainda faça parte do pulo das questões 2 ou 3 codifique 8 (NSA).

**PERGUNTA 10. Porque o (a) Sr.(a) não consultou com médico neste período? (Não ler as opções)**

- (00) Não precisou
- (01) Não tinha vaga/ficha
- (02) Não tinha médico
- (03) Não teve tempo
- (04) O local onde consulta estava fechado na hora em que precisou
- (05) O local onde consulta é longe de casa
- (06) Não tinha dinheiro
- (07) Não tinha quem levasse a consulta
- (10) Outro \_\_\_\_\_
- (88) NSA
- (99) IGN

Não leia as opções de resposta ao entrevistado, aguarde sua resposta e verifique em qual das opções ela se encaixa melhor. Caso o entrevistado responda mais de um motivo enfatize utilizando a palavra qual o PRINCIPAL motivo pelo qual não consultou. Se a resposta for: Porque eu consulto de 6 em 6 meses codifique como NÃO PRECISOU. Caso não encontre opção que se enquadre nas fornecidas escreva detalhadamente no campo ao lado de “Outro”. Codifique com 88 caso o indivíduo tenha consultado no período em questão e com 99 caso ele não lembre o motivo pelo qual não consultou com médico.

Quadro contendo nomes populares e endereços dos Postos de Saúde para auxiliar a entrevistadora a localizar o posto de saúde referido pelo entrevistado.

<b>Nome do Posto de Saúde</b>	<b>Nome Popular</b>	<b>Endereço</b>
Arco Íris		Av. Pery ribas, 523
Areal I		Apolinário Porto Alegre, 290
Balsa	Postinho Ferreira Viana	João Tomaz Munhoz, 270
Barro Duro		Praça Aratiba, 12
Bom Jesus	Bom Jesus I	Av. Itália, 350
Cohab Fragata		Paulo Simões Lopes, 230
Cohab Guabiroba	Postinho da Guabiroba	Arnaldo da Silva Ferreira, 352
Cohab Lindóia	Centro Médico Lindóia	Av. Ernani Osmar Blass, 344
Cohab Pestano	Postinho dos apartamentos	Av. Leopoldo Brod, 2297
Cohab Tablada I	Posto Salgado Filho	Av. Salgado Filho, 67
Cohab Tablada II	Postinho da Cohab	Augusto de Carvalho, 798
CSU Cruzeiro	Posto da Cruzeiro	Barão de Itamaracá, 690
Dom Pedro I		Ulisses Batinga, 749
Dunas		Av. 1, s/n
Fraget		Rua 3, 241 – Vila Areal
Getúlio Vargas		Rua 7, 184
Jardim de Allah		Av. Fernando Osório, 7430
Laranjal		São Borja, 683
Leocádia		David Canabarro, 890
Navegantes		Darcy Vargas, 212
Obelisco	Unidade de Saúde Obelisco	Francisco Ribeiro Silva, 505
Pam Fragata		Av. Pinheiro Machado, 168
Puericultura		João Pessoa, 240
Py Crespo		Marquês de Olinda, 1291
Sanga Funda		Idelfonso Simões Lopes, 5225
Sansca		Dr. Amarante, 939
Simões Lopes		Av. Viscondessa da Graça, 107
Sítio Floresta		Arthur Robach, 09
União de Bairros		Jardim do Prado, 08
Virgílio Costa		Epitácio Pessoa, 1291
Posto de Saúde da Vila Santos Dumont	Postinho da Vila. Posto da faculdade medicina (UFPel)	Luciano Gallet, 600
Posto de Saúde Areal	Posto da faculdade medicina (UFPel)	Domigos de Almeida, 4265
CSU	Posto da faculdade medicina (UFPel). Nos fundos da Igreja	Atrás da rótula da Krause
Posto Comunitário da Escola de Medicina	Posto da faculdade medicina (Católica)	Leopoldo Brod
Fátima	Posto da faculdade medicina (Católica)	Baldomero Trapaga, 480
Santa Terezinha	Posto da faculdade medicina (Católica)	Santa Terezinha, 308
Vila Princesa	Posto de Saúde Vila Princesa	Vila Princesa – BR após polícia rodoviária

## Álbum de Fotografias



1. Posto de Saúde Sítio Floresta



2. Posto de Saúde Py Crespo



3. Centro Médico Lindóia



4. Unidade Sanitária União de Bairros



5. Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha



6. Cohab Tablada I



7. Cohab Tablada II



8. Posto de Saúde Vila Santos Dumont



9. Posto de Saúde Arco Íris



10. Posto de Saúde Dunas



11. Posto de Saúde Areal Fundos – UFPel



12. Unidade de Saúde Obelisco



13. Posto de Saúde Bom Jesus



14. Posto de Saúde Areal I



15. Posto CSU – UFPel



16. Posto de Saúde Leocádia



17. Posto Comunitário de Medicina da Católica



18. Posto de Saúde Pestano



19. Posto de Saúde Getúlio Vargas



20. PAM Fragata – Pinheiro Machado



21. Posto de Saúde Cohab Fragata



22. Posto de Saúde Virgílio Costa



23. Centro Médico Fraget



24. Posto de Saúde Dom Pedro I



25. Posto de Saúde Guabiroba



26. Posto de Saúde CSU Cruzeiro



27. Posto de Saúde Navegantes



28. Posto de Saúde Nossa Sra. de Fátima



29. Posto de Saúde da Balsa



30. Posto de Saúde Puericultura



31. Posto de Saúde Sanga Funda



32. Posto de Saúde Jardim de Allah



33. Posto de Saúde Vila Princesa



34. Posto de Saúde Simões Lopes



35. Unidade de Saúde Sansca



36. Posto de Saúde Laranjal



37. Centro de Saúde Barro Duro

## **Relatório do Trabalho de Campo**

A coleta de dados do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) da turma 2007/08 foi realizada na forma de consórcio. Cada um dos quatorze mestrandos elaborou as questões referentes ao seu assunto de interesse para sua dissertação e juntos construíram um instrumento único de coleta de dados. Além disso, o grupo optou pela inclusão apenas de questões que fossem comuns a pelo menos cinco dos mestrandos. Essas questões comuns, somadas às de identificação do indivíduo e às específicas de cada mestrando, constituíram uma seção do questionário denominada Bloco Geral.

Todas as tarefas, incluindo a elaboração do projeto a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, estimativa do orçamento, confecção dos questionários e manual de instruções, seleção e treinamento de entrevistadoras, supervisão do trabalho de campo, realização do controle de qualidade, revisão da codificação, elaboração da estrutura do banco de dados, supervisão da digitação, validação da dupla digitação e limpeza do banco de dados, foram realizadas pelos mestrandos. A fim de otimizar o tempo e recursos disponíveis, os mestrandos dividiram-se em grupos responsáveis por tarefas específicas.

O trabalho de campo teve início no dia 23 de outubro de 2007 e término em 15 de janeiro de 2008. A equipe foi composta de quatorze mestrandos, 30 rastreadoras, 30 entrevistadoras, uma secretária e dois digitadores.

A seguir abordaremos de forma sucinta cada um dos itens do trabalho de campo.

## **Identificação dos domicílios**

O primeiro passo, ainda anterior ao trabalho de campo, foi a realização da identificação dos domicílios. Optou-se por realizar esse processo em virtude da possível desatualização do número de domicílios nos setores censitários, tendo em vista que os últimos dados do censo populacional do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) datam do ano de 2000.

Para essa tarefa, foram selecionadas através de entrevista 30 mulheres, que visitaram todos os domicílios dos 126 setores censitários sorteados para fazer parte da amostra. Nesse momento, as rastreadoras listavam em uma folha de conglomerados o número de domicílios por setor e caracterizavam sua situação como residenciais, comerciais ou desocupados.

Esse trabalho estendeu-se de 17 a 30 de setembro. O controle de qualidade do rastreamento foi realizado através da checagem das informações pelos mestrandos. Todos os setores foram re-visitados em no máximo sete dias, a contar da data da entrega das folhas de conglomerados pelas rastreadoras.

A partir de então, cada mestrando responsabilizou-se pelas entrevistas de nove setores censitários da cidade de Pelotas. O processo de amostragem encontra-se descrito detalhadamente na seção 4.8 da metodologia do projeto de pesquisa.

O número total de domicílios da amostra foi de 1534. Porém, doze foram excluídos por serem habitados somente por indivíduos com idade inferior a vinte anos restando 1522 domicílios na amostra.

## **Questionários, manual de instruções e outros instrumentos**

Foram elaborados dois questionários. Um deles, denominado Questionário Domiciliar (bloco B) foi aplicado a apenas um indivíduo do domicílio, preferencialmente a dona da casa. O outro, denominado Questionário Geral (bloco A), continha perguntas referentes aos temas específicos de cada mestrando, além de questões demográficas e comportamentais. O Questionário Geral foi aplicado a todos os indivíduos com vinte anos ou mais de idade moradores do domicílio. Foram considerados moradores do domicílio aqueles que compartilhavam as refeições.

Um Manual de Instruções detalhado, com informações referentes às questões do estudo, telefone de contato dos mestrandos e escala de plantões dos três meses da coleta de dados foi entregue as entrevistadoras durante o treinamento. Cada uma das entrevistadoras recebeu ainda um monitor de pulso da marca Onrom modelo 631, um álbum contendo 37 fotos coloridas da fachada dos postos de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas e uma escala de faces. Esses instrumentos adicionais foram preparados individualmente pelo mestrando responsável pelo tema de pesquisa correspondente.

As fotos da fachada dos postos de saúde foram batidas no mês que antecedeu o trabalho de campo, a fim de evitar erro de informação por parte do entrevistado, caso os postos sofressem alguma reforma ou mudança na pintura.

Durante a realização do controle de qualidade, os mestrandos coletaram medidas antropométricas (peso e altura) de uma sub amostra sorteada de

adultos. Para isso, utilizaram balança digital portátil da marca Seca e um estadiômetro.

As questões específicas desse projeto encontram-se no ANEXO. Os questionários Geral e Domiciliar, bem como o manual de instruções completo encontram-se no site

[www.epidemiologia.ufpel.br/projetosdepesquisas/consorcio2007](http://www.epidemiologia.ufpel.br/projetosdepesquisas/consorcio2007)

### **Estudo pré-piloto**

Um estudo pré-piloto em setor censitário não selecionado para amostra foi realizado no mês de outubro de 2007, a fim de testar o instrumento e cronometrar a duração da entrevista. Cada mestrando aplicou pelo menos um Questionário Geral e um Domiciliar a indivíduos com vinte ou mais anos de idade.

No dia seguinte ao estudo pré-piloto, foi realizada uma reunião do grupo de mestrandos para apontar os principais problemas e fazer as últimas modificações nos questionários e manual de instruções.

### **Treinamento e seleção das entrevistadoras**

A divulgação de vagas para entrevistadora foi feita no mês de setembro de 2007, através de cartazes afixados nas Faculdades de Medicina, Educação Física e Odontologia da UFPel e na Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Fez-se também contato telefônico com entrevistadoras, que já haviam participado de pesquisas anteriores e com boas referências no Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Além disso, foi solicitado ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que divulgasse a seleção às suas

entrevistadoras, que dispusessem de tempo livre e boas referências. Os critérios para seleção das entrevistadoras encontram-se descritos no projeto de pesquisa.

As 54 candidatas a entrevistadora foram submetidas a treinamento de 40 horas no período de 15 a 19 de outubro, no anfiteatro da Faculdade de Medicina. Durante esses dias, foram apresentados os questionários e o manual de instruções e as candidatas tiveram a oportunidade de ter contato direto com os mestrandos, a fim de esclarecer dúvidas. Na tarde do dia 18, cada uma das candidatas aplicou um Questionário Domiciliar e um Geral a um indivíduo com 20 anos ou mais, em um domicílio de setor censitário não selecionado para a amostra. A aplicação desse questionário foi supervisionada diretamente pelos mestrandos e fez parte da avaliação do processo de seleção. O último dia foi reservado para realização de prova escrita, a qual continha 20 questões de múltipla escolha e não era de caráter eliminatório.

O teste da estrutura do banco de dados elaborado por uma das mestrandas foi feito com os questionários aplicados no dia 18. A aplicação desses questionários apontou necessidade de modificação na identificação de questão filtro, o que foi corrigido antes do início do trabalho de campo. Apenas 46 candidatas completaram o treinamento e destas, 30 foram selecionadas para dar início ao trabalho de campo. Foi fornecido certificado de participação a todas as inscritas que completaram o treinamento.

## **Coleta de dados**

Alguns dias antes do início da coleta de dados, foi feita divulgação na mídia através de entrevistas em rádio e televisão e publicação de reportagens no jornal local de maior tiragem.

A partir das folhas de conglomerado preenchidas pelas rastreadoras, excluíram-se os domicílios comerciais e foram sorteados, de forma sistemática, os que iriam fazer parte da amostra. Sortearam-se em média onze domicílios por setor censitário. Os mestrandos visitaram cada um dos domicílios para fazer a apresentação da pesquisa e, nesse momento, aproveitaram para entregar uma carta, que continha informações da pesquisa e um telefone de contato, para esclarecimento de dúvidas. Nessa visita, os mestrandos também registraram o número de moradores do domicílio e suas respectivas idades.

Doze dos quatorze mestrandos responsabilizaram-se por duas entrevistadoras e os outros dois, por três cada um. Na primeira semana do trabalho, houve desistência de uma entrevistadora, sendo chamada a primeira suplente.

As entrevistadoras recebiam uma planilha com os endereços e nome dos indivíduos que deveriam ser entrevistados, bem como questionários, vales transporte, cartões telefônicos, lápis, borracha, crachá e carta de apresentação. Reuniões semanais foram realizadas entre os mestrandos e suas entrevistadoras. Nessas reuniões eram devolvidos os questionários já aplicados e entregues novos.

Foi enfatizado no treinamento e durante o trabalho de campo que a codificação dos questionários deveria ser realizada pelas entrevistadoras, em sua própria casa, ao final de cada dia de trabalho, a fim de minimizar erros. A

revisão da codificação dos questionários ficou sob responsabilidade de cada mestrando que coordenava o campo naquele setor. Os mestrandos que possuíam questões abertas revisaram suas respostas em todos os questionários da amostra.

Após correção e esclarecimento de dúvidas, os questionários eram etiquetados e entregues a secretária do trabalho de campo, que os separava em lotes de 50 Questionários Gerais e gerava uma lista com o número de identificação. Os lotes ficavam a disposição do grupo de mestrandos, para codificação de questões abertas, até 72 horas antes de irem para digitação.

### **Digitação e Limpeza dos dados**

O programa utilizado para digitação dos dados foi o *Epi Info 6.0*. Durante a construção do banco de dados, foram criados mecanismos para evitar que valores absurdos fossem digitados e para garantir que alguns pulos ocorressem de forma automática, quando necessário.

Semanalmente, sete lotes eram enviados para digitação e, nas sextas-feiras, era usada a função *validate* do Epi-info, para checagem de inconsistências entre as duas digitações. Ao final da tarde de sexta-feira, os digitadores entregavam um relatório com as dúvidas, a serem resolvidas pelos mestrandos até o início da próxima semana. O processo de digitação dos questionários durou aproximadamente três meses.

A limpeza do Bloco Geral do questionário foi realizada por duas mestrandas, durante o mês de fevereiro de 2008. Após, cada mestrando ficou responsável pela análise de consistência das suas questões no banco de dados.

Considerando-se que os dados do presente estudo serão comparados a um estudo realizado há quinze anos, optou-se por codificar a questão referente ao motivo de consulta da mesma forma como havia sido feito no ano de 1992 (motivos de consulta agudos, crônicos, preventivos ou administrativos). Para garantir a comparabilidade ao estudo de 1992, o autor do primeiro trabalho auxiliou na codificação das respostas dos motivos de consulta do atual estudo.

### **Controle de Qualidade**

Realizou-se controle de qualidade em 10% do total da amostra de cada setor censitário. O sorteio dos indivíduos a serem re-visitados foi feito no programa Stata 9.0. As re-visitas aos domicílios foram realizadas pelos mestrandos. No momento da visita, foram repetidas algumas questões do Bloco Geral comuns a todos e uma questão específica do tema de pesquisa de cada mestrando. Como acima mencionado, foram aferidos o peso e a altura (duas tomadas) do adulto selecionado. Para realização dessas medidas, os mestrandos foram submetidos a um processo de treinamento e padronização.

### **Perdas e Recusas**

Do total de 3180 indivíduos sorteados para fazer parte da amostra, 194 não foram localizados ou recusaram-se a participar do estudo, totalizando 6,1% de perdas e recusas. Dentre os indivíduos que se recusaram a participar, 111 (57,2%) eram do sexo masculino e 83 (42,8%) do feminino.

Tendo em vista que a faixa etária da população alvo de cada mestrando era diferente, o tamanho amostral e o percentual de perdas e recusas diferiram entre os estudos.

Segue abaixo um quadro com a descrição do tamanho amostral e número de recusas, bem como seu percentual para cada faixa etária de todo o consórcio. O presente estudo teve como critério de inclusão a idade entre 20 e 69 anos .

**Quadro 1.** Descrição do tamanho da amostra, perdas e recusas, conforme a faixa etária dos diferentes estudos.

	<b>Tamanho da amostra</b>	<b>Número de perdas/recusas</b>	<b>Percentual de perdas/recusas</b>
<b>Faixa etária</b>			
≥ 20 anos	2,986	194	6,1%
≥ 20 – 69 anos	2,706	178	6,2%
≥ 40 anos	1,714	122	6,6%
≥ 60 anos	598	46	7,1%

### **Relatório financeiro**

Esse Consórcio de Pesquisa foi financiado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE), através de recursos do Programa de Apoio a Pós Graduação (PROAP) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelos quatorze mestrados que dele participaram. O custo total foi de R\$ 50.247,78, sendo que o CPE contribuiu com R\$ 30.000,00 e cada um dos mestrados, com R\$1.446,27.

O Quadro 2 apresenta os valores discriminados das despesas.

<b>Quadro 2.</b> Discriminação dos gastos do consórcio de pesquisa da turma de mestrado em epidemiologia 2007/2008 (valores em reais).	
Rastreamento (126 setores censitários)	3.860,00
Vales transporte rastreamento	170,00
Treinamento das entrevistadoras (vales transporte, <i>coffe break</i> e impressões)	1.542,53
Papel para impressão	2.200,00
Impressão dos questionários	2.720,00
Impressão dos manuais de instrução	190,00
Material de escritório	291,25
Cartões telefônicos	595,00
Vales transporte campo	9.775,00
Entrevistas	24.104,00
Secretária	3.200,00
Digitadores	1.600,00
<b>Total</b>	<b>50.247,78</b>

**Artigo**

AUMENTO NA UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS NOS  
ÚLTIMOS 15 ANOS: COMPARAÇÃO DE DOIS ESTUDOS DE BASE  
POPULACIONAL

INCREASE OF UTILIZATION OF AMBULATORY CARE IN THE LAST 15  
YEARS: COMPARISON BETWEEN TWO POPULATION-BASED STUDIES

Título corrido: Aumento da utilização de consultas nos últimos 15 anos  
Manuscrito a ser submetido aos Cadernos de Saúde Pública

Gisele Alsina Nader<sup>1</sup>  
Iná S. Santos<sup>1</sup>  
Juvenal Soares Dias da Costa<sup>1</sup>  
Marcelo Fernandes Capilheira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de  
Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

Autor para correspondência:

Gisele Alsina Nader

Av. Dom Joaquim, 680; Bairro: Três Vendas; CEP: 96020-260; Pelotas –  
RS

Telefone: (53) 3273 4909; e-mail: [gnader@terra.com.br](mailto:gnader@terra.com.br)

Fontes de auxílio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível  
Superior (CAPES).

## **Resumo**

Apesar das profundas mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas, a variação da utilização dos serviços ambulatoriais não foi investigada.

Dados de dois estudos transversais de base populacional, realizados em 1992 (n=1657) e 2007 (n=2706), entre indivíduos de 20-69 anos, foram comparados objetivando descrever mudanças na utilização, nos últimos quinze anos, em Pelotas, RS. Calcularam-se prevalências de consultas anuais e nos últimos três meses, estratificadas por sexo. A última consulta foi analisada conforme local e motivo (essa última também analisada como variável dependente).

A utilização no último ano aumentou de 69,8% para 76,2% ( $p<0,001$ ) e nos últimos três meses, de 39,5% para 60,6% ( $p<0,001$ ). Quanto ao local, houve aumento dos serviços credenciados/conveniados, exceto para pretos/pardos, que continuaram usando os serviços públicos (69%, em 1992 e 61,8%, em 2007). Entre homens, consultas preventivas aumentaram mais de dez vezes.

Nos últimos quinze anos, credenciados/conveniados absorveram grande parte da demanda pública. Essa absorção não foi uniforme, com os pretos/pardos permanecendo no público. O maior aumento de consultas preventivas pelo sexo masculino ocorreu na faixa etária de menor risco (20-39 anos).

**Palavras chave:** Assistência ambulatorial; serviços de saúde, utilização; necessidades e demanda de serviços de saúde; acesso aos serviços de saúde; estudos transversais

## **Abstract**

Despite the profound changes in Brazilian health system, in last few decades, the ambulatory service use has not been investigated.

Data from two cross-sectional population-based studies carried out in 1992 (n=1657) and 2007 (n=2706), among individuals from 20-69 years, were compared aiming to describe changes in Pelotas, Brazil. Prevalence of consultations in the last twelve and three months were calculated and stratified by gender. The last consultation was analyzed according to place and reason (the latter was also analyzed as dependent variable).

Utilization in the last year increased from 69.8% to 76.2% ( $p<0,001$ ) and in last three months from 39.5% to 60.6% ( $p<0,001$ ). There was an increase in use of authorized services, except for black/brown people who continued using mainly public services (69% in 1992 and 61.8% in 2007). Among men, preventive consultations increased more than ten times.

In the last fifteen years, most of public demand was absorbed by authorized services. This absorption was not even, black/brown users remained in public services. The greatest increase in preventive consultations by males occurred among the low risk age group (20-39 years).

**Keywords:** Ambulatory care; health services, utilization; health services needs and demand; health services accessibility; cross-sectional studies

## Introdução

Vários modelos foram propostos para explicar a utilização de serviços de saúde<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>. Nestes modelos, a utilização é explicada não apenas como produto exclusivo dos determinantes individuais, mas sim como resultado desses associados a características do sistema de saúde e do contexto social. Diversos estudos têm demonstrado que fatores individuais associados à utilização incluem o sexo feminino, os extremos de idade, o maior nível socioeconômico, as comorbidades e o relato de internação hospitalar prévia<sup>8,9,10,11</sup>.

A utilização de serviços e a conseqüente cobertura alcançada indicam não apenas a necessidade em saúde (qualquer distúrbio da saúde e do bem estar, tanto do ponto de vista do indivíduo como do profissional, que possa acarretar em demanda ao sistema de saúde), mas também a disponibilidade de serviços e a propensão a utilizá-los<sup>12,13</sup>. A utilização de serviços de saúde depende ainda da facilidade de acesso proporcionada pelo sistema de saúde. Dessa forma, mudanças nos modelos de atenção podem acarretar alterações no padrão de utilização. Conseqüentemente, a utilização e o acesso por diferentes grupos socioeconômicos de uma população refletem a equidade do sistema de saúde<sup>13</sup>.

Estudos epidemiológicos de base populacional permitem monitorar a cobertura, caracterizando os usuários e o padrão de utilização dos serviços, o que os torna primordiais para o planejamento e posterior avaliação do sistema de saúde. No Brasil, diversos estudos foram realizados para avaliar a prevalência e os fatores associados à utilização de serviços de saúde<sup>8,9,11,14,15</sup>. Porém, a despeito das profundas mudanças ocorridas no sistema de saúde

brasileiro nas últimas décadas<sup>16</sup> a variação temporal da utilização, à luz dessas mudanças, ainda não foi investigada. O estudo dessa variação serve como estratégia para avaliar o impacto das modificações do sistema de saúde.

O presente estudo teve como objetivo descrever as mudanças ocorridas no padrão de utilização dos serviços de saúde ambulatoriais, nos últimos quinze anos, em Pelotas, uma cidade de porte médio no Sul do Brasil.

### **Material e Método**

Os dados obtidos no presente estudo foram coletados de forma a garantir a comparabilidade com um outro, conduzido na mesma cidade, no ano de 1992. Ambos tiveram delineamento transversal de base populacional, tendo como população alvo os indivíduos entre 20 e 69 anos de idade, residentes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

#### Tamanho das amostras e amostragem

Os detalhes metodológicos do estudo anterior, conduzido de março a junho do ano de 1992, estão disponíveis em outra publicação<sup>8</sup>. Brevemente, o tamanho da amostra estimado foi de 1.500 indivíduos. Como o número médio de pessoas por domicílio na cidade de Pelotas naquela época era quatro e a proporção da população na faixa etária entre 20 e 69 anos, de 44% (IX Recenseamento Geral do Brasil – 1980), foram visitados 852 domicílios. Foram sorteados 25 setores censitários (dos 258 existentes) e visitados 36 domicílios por setor. Em cada setor, o primeiro quarteirão e o ponto de partida foram selecionados de forma aleatória. Depois de realizadas as entrevistas de um domicílio, sistematicamente eram saltadas três casas, antes da próxima.

Para o atual estudo, conduzido de outubro de 2007 a janeiro de 2008, o cálculo de tamanho de amostra baseou-se em uma estimativa de prevalência de consultas médicas de 80% e 60%, respectivamente, nos doze e três meses que precederam a entrevista<sup>9</sup>. Utilizou-se nível de confiança de 95%, poder de 80%, um erro aceitável de 3 p.p., acréscimo de 10% para perdas e recusas e efeito de delineamento amostral de 1,78. O resultado deste cálculo mostrou que, para o estudo da prevalência anual de consultas, deveriam ser incluídos 1337 indivíduos e, para prevalência nos três meses anteriores à entrevista, 2005.

Em 2007, adotou-se um processo de amostragem por conglomerados, em múltiplos estágios, sistemática e com probabilidade proporcional ao tamanho. Os 404 setores domiciliares (Censo Demográfico de 2000) foram colocados em ordem crescente conforme a renda média mensal da “pessoa responsável” pela família (aquela pessoa reconhecida pelos demais moradores como tal)<sup>17</sup> e sorteados 126. Em razão de o último censo ter sido realizado há sete anos, os domicílios nos 126 setores foram recontados. Havendo diferença no número de domicílios encontrados, o número sorteado por setor foi modificado, de forma a manter a equi-probabilidade. Foram selecionadas, em média, onze casas em cada setor (n=1534 domicílios).

Todos os domicílios foram previamente visitados para convidar a participar do estudo e identificar o número de moradores, idade e sexo. Nos dois estudos, em cada domicílio sorteado, foram incluídos todos os indivíduos de 20 a 69 anos de idade. Foram excluídos do estudo os indivíduos institucionalizados.

Os coeficientes de correlação intra-classe (CCI) de ambas as investigações foram calculados ao final do estudo de 2007. Para consulta médica ambulatorial no último ano, o valor encontrado foi de 0,02 nos dois estudos. Para consulta médica nos últimos três meses, o CCI foi de 0,003 no ano de 1992 e 0,04 em 2007.

### Desfechos

Para garantir a comparabilidade dos dados coletados nos dois estudos, as questões referentes à utilização de serviços de saúde foram literalmente transcritas do questionário utilizado em 1992. Utilização de serviços de saúde ambulatoriais foi definida como o relato de consulta médica nos doze e nos três meses que precederam a entrevista. O número de consultas no último ano, bem como nos três meses anteriores à entrevista, foi coletado através de pergunta aberta. A fim de diminuir o erro de recordatório, as variáveis “local” e “motivo da última consulta” foram coletadas apenas para as consultas realizadas nos três meses que precederam a entrevista.

O local de consulta foi coletado em diversas categorias e, posteriormente, agrupado quanto à modalidade do financiamento e intenção de lucro do serviço. Para o estudo de 1992, foi considerada a seguinte categorização: *Sistema Público*- postos de saúde do bairro do entrevistado, outros postos de saúde, ambulatório da Faculdade de Medicina e ambulatório do INAMPS/INSS. *Serviços Filantrópicos*- ambulatórios de hospitais e serviços de pronto-socorro. *Serviços Credenciados e Conveniados* - ambulatórios de sindicatos ou empresas, medicina de grupo, conveniados pelo INAMPS e

outros convênios. *Sistema Privado* - constituído, exclusivamente, pelos médicos particulares.

Em virtude das mudanças ocorridas no sistema de saúde nos últimos quinze anos, a categorização adotada para o estudo de 2007 foi a seguinte: *Sistema Público*- postos de saúde do bairro do entrevistado, outros postos de saúde, ambulatório da Faculdade de Medicina, ambulatório de hospitais, pronto-socorro, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), centro de especialidades e ambulatório do INSS. *Serviços Credenciados e Conveniados* - ambulatórios de sindicatos ou empresas, medicina de grupo, associação de aposentados, Centro de Radioterapia e Oncologia (CERON) e outros convênios. *Sistema Privado* - constituído, exclusivamente, pelos médicos particulares.

Tendo em vista a inexistência de Serviços Filantrópicos na cidade de Pelotas no ano de 2007, para fins de análise, o Sistema Público e os Serviços Filantrópicos do ano de 1992 foram reagrupados em uma única categoria. Os indivíduos que relataram ter consultado em outra cidade (n=12, em 1992 e n= 12, em 2007) foram excluídos apenas das análises referentes ao local de consulta.

### Variáveis independentes

Em ambos os estudos, as variáveis independentes utilizadas na análise foram: sexo, idade, cor da pele, renda familiar, escolaridade e motivo da última consulta. A idade foi coletada em anos completos e posteriormente agrupada em décadas. A cor da pele foi observada pela entrevistadora. Tendo em vista que para estudos de utilização de serviços de saúde o fator mais importante é

como o indivíduo é reconhecido pelos demais, optou-se, para fins de análise, pela categorização da cor da pele em branca e preta/parda. Os indivíduos de cor amarela (n=10) foram incluídos na categoria de maior número (brancos).

A renda familiar no mês anterior a entrevista foi obtida através da soma da renda de todos os indivíduos residentes no domicílio e posteriormente categorizada em 0-5, 5,1-8 e mais de 8 salários mínimos, conforme o valor do salário da época da coleta dos dados. Durante o período estudado houve mudança da moeda brasileira e, por esse motivo, optou-se pela categorização da renda em salários mínimos. No Sul do país no ano de 1992, o salário mínimo era de 96.037,33 cruzeiros até o mês de abril e após, 230.000,00 cruzeiros. Em 2007, esse valor era de 430 reais. A escolaridade foi coletada através dos anos completos de estudo e categorizada em 0-4, 5-8, 9-11 e mais de 12.

A variável motivo de consulta foi coletada sob forma de pergunta aberta e posteriormente agrupada em quatro categorias: preventivas, motivos administrativos, doenças agudas e doenças crônicas. Foram consideradas consultas por motivos preventivos aquelas em que o indivíduo mencionava ter feito *check-up*, exame de rotina, revisão, exames ginecológicos anuais etc. As consultas por motivos administrativos foram as referentes à renovação de receitas, solicitação de atestados e exames para perícia. Consideraram-se consultas por doença aguda as motivadas por doenças com curso rápido e potencialmente curáveis, como por exemplo, infecções de vias aéreas, torções, gastroenterites, meningites etc. Foram classificadas como consultas por doenças crônicas aquelas por hipertensão arterial, diabetes mellitus, constipação intestinal, artrose etc. Episódios de descompensação aguda de

doenças crônicas (crise hipertensiva, hipoglicemia etc.) foram classificados entre as crônicas. A fim de minimizar diferença na classificação dos motivos de consulta entre os dois estudos, o autor de 1992 participou diretamente na categorização dessa variável em 2007.

### Coleta de dados

Os dados de ambos os estudos foram coletados através de questionário padronizado e pré-codificado, aplicado por entrevistadoras treinadas. As entrevistadoras desconheciam os objetivos e hipóteses do estudo. Caso o indivíduo não se encontrasse em casa no momento da visita, a entrevistadora retornava por no mínimo mais duas vezes, em dias e horários diferentes. Persistindo a perda, o supervisor do trabalho de campo realizava uma visita, preferencialmente com horário pré-agendado. Nos casos de recusa, o procedimento foi o mesmo da perda. Antes da coleta de dados dos dois estudos, um estudo piloto foi realizado em um setor censitário não sorteado para fazer parte da amostra.

Adicionalmente, em 2007, para facilitar a identificação do posto de saúde utilizado na última consulta (Estratégia Saúde da Família ou tradicional) incluiu-se um álbum com fotos da fachada dos 37 postos da zona urbana de Pelotas, para ser usado durante as entrevistas.

Nos dois estudos, o controle de qualidade foi garantido através de revisão dos questionários pelos supervisores, reuniões semanais com as entrevistadoras e dupla digitação dos dados com checagem automática de inconsistências. Adicionalmente, no ano de 2007, a repetibilidade dos dados foi testada pelos supervisores do trabalho de campo através de re-entrevistas a

10% da amostra de cada setor, com um questionário padronizado e simplificado.

### Análise dos dados

Para construção do banco de dados utilizou-se o software EPI-INFO versão 6.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e para análise, o programa STATA 9.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

Com o consentimento do pesquisador principal do primeiro estudo, os dados de 1992 foram re-analisados em 2007. Os dados dos dois estudos foram agrupados em um único banco, a fim de que os efeitos de delineamento de cada um pudessem ser considerados nas análises. Inicialmente, foi feita análise descritiva, estratificada por sexo. Essa estratificação foi realizada, devido à consistente diferença de utilização entre os sexos observada por vários autores<sup>8,9,10,11</sup>. As prevalências observadas em 1992 foram comparadas às correspondentes de 2007, através de testes qui-quadrado. A associação entre o local de consulta e as variáveis independentes, para cada ano, foi investigada através de teste qui-quadrado para variáveis dicotômicas, teste de tendência linear, para exposições categóricas e teste t para comparação de médias. A utilização de consultas conforme tipo de unidade básica de saúde (ESF ou tradicional) foi analisada somente para o ano de 2007.

O protocolo do presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

## Resultados

No ano de 1992, as perdas e recusas totalizaram 178 indivíduos (9,7%). Em 2007, esse número também foi de 178, correspondendo a 6,2%. Dessa forma, em 1992 foram entrevistados 1657 indivíduos nos 852 domicílios elegíveis. Em 2007, os números correspondentes foram 2706 e 1522.

Nos dois anos, a média de idade e a distribuição por sexo nas amostras estudadas foram semelhantes. A média de idade em 1992 foi de  $40,5 \pm 13,3$  anos e, em 2007,  $41,1 \pm 13,7$  anos ( $p=0,16$ ). O sexo feminino correspondeu a 56,4% em 1992 e a 56,7%, em 2007 ( $p=0,89$ ). A Tabela 1 apresenta a descrição das amostras totais e estratificadas por sexo para cada um dos anos. Houve diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras quanto à distribuição etária, escolaridade e renda familiar. Observou-se um aumento na proporção de indivíduos com 40 anos ou mais de idade, diminuição da renda familiar e aumento na escolaridade. Em 1992, mais da metade dos entrevistados (52,5%) tinham menos de 40 anos de idade. Em 2007, 52,3% tinham 40 anos ou mais de idade. Quanto à renda, houve um aumento de 63% para 75,5% na proporção de famílias que recebiam no máximo cinco salários mínimos por mês ( $p<0,001$ ). Em 1992, menos de 12% dos entrevistados haviam concluído o equivalente ao ensino médio (onze anos de escolaridade), ao passo que em 2007, essa proporção foi de quase 20%. Esse aumento nos anos de escolaridade foi observado para ambos os sexos ( $p<0,001$ ). A amostra estudada no ano de 2007 tinha mais homens pretos/pardos do que em 1992 ( $p=0,03$ ) (Tabela 1).

Houve aumento na utilização de consultas médicas ambulatoriais entre um estudo e outro, particularmente no período de três meses que antecedeu a

entrevista. A prevalência de consulta médica ambulatorial anual e nos últimos três meses em 1992 foi de 69,8% (IC95% 67,6–72,0) e 39,5% (IC95% 37,1–41,8), respectivamente. Em 2007, os valores correspondentes aumentaram para 76,2% (IC95% 74,6–77,8) e 60,6% (IC95% 58,5–62,7), aumentos estes estatisticamente significativos ( $p < 0,001$ ). Apenas 63 indivíduos tiveram necessidade de consultar no último ano e não o fizeram: 24 (3,7%) por dificuldade de acesso e 39 (6,1%) por falta de tempo.

A Figura 1 apresenta as prevalências anuais e nos últimos três meses de consulta médica ambulatorial estratificadas por sexo. As diferenças encontradas tanto para homens quanto para mulheres, nos dois estudos, foram estatisticamente significativas, com aumento em ambos os sexos.

Nas amostras como um todo, incluindo os indivíduos que não consultaram, a média e a mediana do número de consultas foram, respectivamente, de  $3,1 \pm 4,2$  e 2, tanto em 1992 quanto em 2007. Em 1992, entre os que consultaram no último ano, o número de consultas variou de 1 a 62, e em 2007, de 1 a 192. Em ambos os anos a mediana do número de consultas entre os que consultaram foi 3. Excluídos os valores extremos ( $>30$  consultas; 4 em 1992 e 16 em 2007) a média anual de consultas foi de 3 (IC95% 2,8–3,2) e de 4,1 (IC95% 3,9–4,3), em 1992 e 2007, respectivamente. A mediana do número de consultas de acordo com o local manteve-se inalterada nos dois períodos estudados, exceto para as consultas no setor privado em que houve uma redução de 3,5 para 3 na mediana e de 5,7 para 4,4 na média ( $p = 0,03$ ).

A Tabela 2 descreve o local e o motivo da última consulta dos três meses que precederam a entrevista. Entre as duas amostras, houve diferença

estatisticamente significativa em relação ao local e ao motivo da última consulta. Quanto ao local, verificou-se um aumento da utilização dos serviços credenciados e conveniados (de 30% para 47%) e diminuição da utilização dos sistemas público (50,9% para 42%) e privado (de 19,1% para 10,3%). Mais da metade dos homens (54,3%) utilizou os serviços credenciados e conveniados no ano de 2007.

Em 2007, a maior parte das consultas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ocorreram nas unidades tradicionais. Dentre os 250 indivíduos que consultaram em UBS, apenas 71 (28,4%) o fizeram em unidades ESF. Embora todas as áreas cobertas pelas 37 UBS da área urbana de Pelotas tenham sido sorteadas para a amostra, três não foram mencionadas como local de consulta nos três meses anteriores a entrevista.

Quanto ao motivo de consulta, entre os homens, embora o número que consultou por aspectos preventivos em 1992 tenha sido muito pequeno ( $n=3$ ), observou-se um aumento significativo desse tipo de consultas, aumento esse de mais de 10 vezes (de 1,8% para 21,7%). Entre as mulheres, houve um aumento em torno de 50% das consultas para prevenção (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra o local da última consulta conforme a idade, cor da pele, renda familiar, escolaridade e motivo da última consulta para quem consultou nos últimos três meses. Comparando os indivíduos de 20-29 anos observou-se que, em 1992, 45,3% consultaram no sistema público, 34,7%, nos credenciados e conveniados, e 20%, no sistema privado. Nessa mesma faixa etária, em 2007, 38,6% utilizaram o sistema público, 51,8%, os credenciados e conveniados, e 9,6%, o sistema privado ( $p<0,01$ ). Houve mudança estatisticamente significativa quanto ao local da consulta para todas as faixas

etárias, exceto entre os mais velhos (60-69 anos), cuja prevalência de consultas no sistema privado manteve-se inalterada. Para a faixa etária de 20 a 59 anos, de modo geral, houve aumento da utilização dos serviços credenciados e conveniados e redução do sistema privado. A redução de consultas no sistema privado foi de aproximadamente 50% para todas as faixas etárias.

Padrão semelhante ao da idade foi verificado entre os indivíduos de cor da pele branca: aumento de 30,7% para 50,7% nas consultas dos serviços credenciados e conveniados e diminuição de 47% para 37,4% das consultas no sistema público e de 22,3% para 1,9%, no privado ( $p < 0,001$ ). Entre os pretos/pardos, embora se tenha verificado um pequeno aumento estatisticamente não significativo ( $p = 0,13$ ) nas consultas nos serviços credenciados e conveniados (de 26,7% para 34,8%), observou-se um predomínio e estabilização das consultas no sistema público ( $p = 0,19$ ). Cerca de dois terços das consultas realizadas pelos indivíduos pretos/pardos, nos dois estudos, ocorreram no sistema público (69% e 61,8%, respectivamente, para 1992 e 2007).

Em relação à renda, nos dois estudos, os indivíduos de famílias que recebiam entre 0 e 5 salários mínimos mensais utilizaram predominantemente o sistema público. Embora tenha havido um aumento de onze pontos percentuais na prevalência de consultas em serviços credenciados e conveniados pelos indivíduos mais pobres ( $p < 0,001$ ), a migração para o serviço credenciado e conveniado foi especialmente marcada para os indivíduos com renda familiar acima de cinco salários mínimos. Entre esses, a utilização dos

serviços credenciados e conveniados praticamente dobrou no período (Tabela 3).

Entre os indivíduos com menor escolaridade (0-8 anos), a utilização do sistema público manteve-se estável e predominante no período. Entre os de maior escolaridade ( $\geq 12$  anos) houve uma expressiva redução na utilização do sistema privado (52,9% para 16%) e incremento no serviço credenciado e conveniado (de 31,8% para 74,2%).

No que diz respeito ao motivo da última consulta, a proporção de consultas para prevenção praticamente dobrou no serviço credenciado e conveniado (de 24,4% para 47,8%). Quanto a consultas por motivos administrativos, no ano de 1992, mais da metade dos indivíduos que consultaram por essa razão o fizeram no sistema público. Em 2007, 74% dos que consultaram por motivo administrativo utilizaram o serviço credenciado e conveniado ( $p < 0,01$ ). Observou-se uma diminuição das consultas por doenças agudas no sistema público e privado e aumento significativo das consultas por esse motivo no sistema credenciado e conveniado entre 1992 e 2007 ( $p < 0,001$ ).

## **Discussão**

Dentre as investigações com base populacional, os inquéritos domiciliares vêm sendo utilizados em países industrializados, como importante fonte de informação para conhecimento do perfil de saúde das populações, do acesso aos serviços e de sua cobertura, fornecendo subsídios ao planejamento e à avaliação destas dimensões<sup>18</sup>. Devido às mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro, como a implementação da ESF e aumento da rede de

atenção primária a saúde (APS), estudo recente sugeriu que a monitorização da utilização dos serviços de saúde deveria ser feita como forma de subsidiar a gestão<sup>9</sup>.

Nos estudos transversais de base populacional, uma das principais preocupações é fazer com que a amostra seja representativa da população alvo, evitando com isso o viés de seleção. Os dois estudos aqui comparados utilizaram amostragem aleatória. Adicionalmente, as taxas de perdas e recusas foram baixas e não foram discrepantes da amostra como um todo, em suas características demográficas. Além disso, compararam-se as características das amostras estudadas nos anos de 1992 e 2007 aos dados dos censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1991 e em 2000 na cidade de Pelotas. Observou-se que o processo amostral utilizado teve bom resultado, uma vez que as distribuições por sexo, idade, cor da pele, renda e escolaridade dos dois estudos foram semelhantes às da população residente na zona urbana da cidade, conforme os dados oficiais do IBGE daqueles anos.

Outra preocupação nos estudos de monitorização é a comparabilidade da metodologia e dos instrumentos de coleta de dados. Para garantir a comparabilidade entre 1992 e 2007, o instrumento do primeiro estudo foi aplicado na íntegra em 2007.

Uma possível limitação dos dois estudos é o tempo de recordatório quanto ao local e motivo da última consulta médica. Para amenizar esse potencial viés, essas variáveis foram analisadas somente para os três meses anteriores a entrevista. Para um período de recordatório inferior a três meses, o

tamanho de amostra necessário aumentaria sobremaneira, com implicações sobre o custo e dificuldade de execução do trabalho.

A literatura brasileira é consistente quanto à elevada prevalência de consultas médicas em um ano<sup>8,9,11,19,20</sup>. O estudo de 2007 revelou uma alta prevalência e expressivo aumento da utilização em relação a 1992. Esse incremento deveu-se em parte ao aumento da oferta de serviços credenciados e conveniados. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003, houve no país um aumento de 11,7% na cobertura por planos de saúde no período de 1998 a 2003<sup>21</sup>.

Ao longo dos último quinze anos, em sintonia com as modificações do sistema de saúde brasileiro, Pelotas passou por inúmeras mudanças na configuração da rede de APS. O município aderiu às Ações Integradas de Saúde no ano de 1986 e, ao final de 1987, elaborou o Plano Municipal da Saúde, o qual previa uma rede regionalizada e hierarquizada em três níveis: primário, secundário e terciário. Em meados de 1994, a municipalização foi efetivamente implementada com o objetivo de fortalecer a atenção básica e, dessa forma, facilitar o acesso e utilização dos serviços de saúde. Em 2000, Pelotas assumiu a gestão plena do sistema de saúde municipal e, em 2002, foi implementada a ESF, como modelo assistencial substitutivo. Em 1992, por exemplo, a cidade contava com 49 UBS, cinco ambulatórios de especialidades e era constituída por aproximadamente 289 mil habitantes. Atualmente existem 50 UBS, das quais dezessete contam com equipes de ESF, seis ambulatórios de especialidades, seis CAPS e a população é de 338.544 habitantes. Dessa forma, houve aumento na oferta dos serviços públicos nesse período, ainda que essa já fosse suficiente para suprir a demanda da população há quinze

anos. De acordo com o plano municipal de saúde de 2007-2009, no ano de 2005, cerca 3520 pessoas foram atendidas por dia nas UBS de Pelotas. Essas consultas, somadas aos atendimentos dos CAPS e do Pronto Socorro Municipal (241,6/dia), representam o expressivo número de 1.372.971 atendimentos ao ano. É como se cada morador do município tivesse procurado o serviço público de saúde pelo menos quatro vezes ao ano<sup>22</sup>. Apesar dessas mudanças, e do aumento absoluto no número de consultas, houve redução na utilização dos serviços públicos de saúde.

Os resultados de 2007 são consistentes com os de estudos anteriores. A PNAD de 2003<sup>19</sup> encontrou 62,8% de utilização de serviços nos doze meses que precederam a entrevista, dado este semelhante ao encontrado na Pesquisa Mundial de Saúde<sup>20</sup>, onde a prevalência de utilização foi de 70% em um ano. Em um município do Sul do Brasil, Mendoza-Sassi et al<sup>11</sup> encontraram, em 2003, uma prevalência anual de consultas de 66% (IC95% 63,4–68,6) e de 28,7% (IC95% 26,3–31,2), nos últimos dois meses. Outro, em Pelotas, realizado em 2006, mostrou prevalência de utilização para o período de três meses de 55% (IC95% 53,4–56,9)<sup>9</sup>.

Conforme a PNAD 2003<sup>19</sup>, a média de consultas anuais da população brasileira situa-se em torno de 2,4. Em 2007, a média em Pelotas foi de 3,1, estando de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde do Brasil que é de 2 a 3 consultas por habitante por ano. O presente estudo não avaliou a efetividade do atendimento, mas sim o acesso e portanto, faz-se necessária a realização de estudos para avaliar a qualidade das consultas médicas.

Em relação aos locais de consulta conforme fonte de financiamento, os resultados encontrados no ano de 1992 foram semelhantes aos de Pinheiro et

al<sup>14</sup> com dados da PNAD de 1998, onde 48% da população brasileira utilizou sistema público, 30% planos de saúde e 16% sistema privado, nos 15 dias que antecederam a entrevista. No estudo de Pinheiro et al<sup>14</sup>, houve maior utilização dos planos de saúde por parte das mulheres, o que não se confirmou em Pelotas nos anos de 1992 ou 2007.

Uma publicação com os dados da PNAD 2003<sup>23</sup>, para o país como um todo, mostrou que entre os indivíduos que consultaram nos quinze dias que precederam a entrevista, 59,2% foram usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, estas proporções variaram entre as regiões. No Sul e Sudeste, a relação entre usuários e não-usuários foi de 1:1, sendo metade dos atendimentos feita em unidades do SUS e metade por meio de planos de saúde ou mediante pagamento direto. A PNAD 2003<sup>19</sup> estimou em 43,2 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,6% da população do país. Dados não publicados de um estudo de base populacional realizado em Pelotas em 2005, mostraram que a cobertura por planos de saúde era de 43,8%, o que se reflete na maior utilização desse setor.

Para todas as faixas etárias, houve diminuição de quase 50% na utilização do sistema privado. À exceção da categoria de 60-69 anos de idade, houve migração das consultas no sistema privado para o serviço credenciado e conveniado, no período de quinze anos. De acordo com a PNAD de 2003<sup>19</sup>, a cobertura por planos de saúde aumentou com a idade, variando de 19,8%, entre os menores de 19 anos a 29,8%, entre as com 64 anos ou mais. No grupo de 40-64 anos, esta cobertura foi semelhante à dos mais idosos (29,7%)<sup>19</sup>. As PNAD de 1998 e 2003 mostraram que houve aumento na

cobertura dos planos de saúde entre pessoas com 65 anos ou mais (respectivamente, 27,8% e 29,8%)<sup>19</sup>.

Chama a atenção que a utilização do sistema público pelos pretos/pardos manteve-se praticamente inalterada no período. Uma das possíveis razões foi o aumento da proporção de pretos/pardos no extrato de renda mais pobre (84% em 1992 e 88,9% em 2007;  $p=0,04$ ), a despeito do aumento de sua escolaridade (em 1992, 19,9% haviam concluído o segundo grau, contra 37,7% em 2007;  $p<0,001$ ). De acordo com a PNAD de 2003<sup>19</sup>, do total de planos de saúde, em 21% dos casos o pagamento da mensalidade era feito integralmente pelo empregador ou por terceiros. Nos casos em que o plano foi adquirido através do trabalho (planos coletivos), em 18,9% dos casos o empregador era o único financiador. Nas classes de rendimento mensal familiar mais baixas, a participação integral do empregador foi maior (26,6%)<sup>19</sup>. A persistência da maior utilização dos pretos/pardo no sistema público parece indicar que, em Pelotas, esses indivíduos estejam menos inseridos no mercado formal de trabalho do que os brancos.

Outra possível explicação para diferente utilização do sistema público pelos pretos/pardos poderia ser os motivos de consulta. Nessa análise, embora a proporção de consultas por doenças crônicas tenha sido maior entre pretos/pardos (4,2% contra 1,7%), não houve diferença estatisticamente significativa em relação aos brancos. Uma possível explicação para a não significância estatística pode ser a falta de poder do estudo. Cálculos preliminares de poder indicavam a necessidade de amostras muito grandes (superiores a dez mil indivíduos) para que diferenças quanto à cor, se significativas, pudessem ser identificadas. No entanto, Travassos et al.<sup>15</sup>,

utilizando dados da PNAD de 1998, não observaram associação entre raça e utilização de serviços preventivos e de acompanhamento.

Estudo realizado no Estado de São Paulo demonstrou que indivíduos pertencentes aos quintis de renda superiores têm maior posse de plano de saúde, quando comparados ao quintil inferior<sup>24</sup>, dado esse corroborado pela PNAD de 2003 e pela Pesquisa Mundial de Saúde<sup>19,20</sup>. No ano de 2007, observamos maior utilização dos serviços conveniados e credenciados, conforme aumento da renda familiar. No ano de 1992, os indivíduos de maior renda familiar utilizavam predominantemente o sistema privado. Houve uma diminuição de quase 50% na utilização do sistema privado entre 1992 e 2007. Quando analisada por extratos, a redução foi marcada para os indivíduos de alta renda e os de renda intermediária.

Quanto à escolaridade, os indivíduos com menos de nove anos de estudo formal recorreram, predominante, ao sistema público, em ambos os estudos. Em 1992, a maior concentração de consultas entre indivíduos com 9-11 anos de escolaridade ocorreu no sistema público (41,2%); em 2007, esses utilizaram predominantemente os serviços credenciados e conveniados (54,1%). Em 2007, os indivíduos com doze ou mais anos de escolaridade haviam migrado do sistema privado (52,9% em 1992) para o credenciado e conveniado (74,2%). De acordo com os dados da PNAD 2003, em todo Brasil, há uma relação inversa entre escolaridade e atendimento pelo SUS, mesmo após ajuste para outras variáveis. A razão de odds para atendimento pelo SUS de um indivíduo com até 3 anos de escolaridade é cerca de 4 vezes maior em relação aos indivíduos com 11 anos ou mais<sup>23</sup>.

Em relação ao motivo da consulta médica, Verbrugge<sup>25</sup> identificou que as mulheres visitam com mais frequência serviços preventivos, quando comparadas aos homens. O uso de serviço ambulatorial pelo sexo feminino deveu-se basicamente à busca de diagnóstico e aspectos preventivos (planejamento familiar, gestação e infertilidade)<sup>25</sup>. O presente estudo evidenciou aumento significativo nas consultas para prevenção em ambos os sexos, com maior ênfase no sexo masculino. Análises complementares mostraram que, entre os homens, a faixa etária que teve maior prevalência de consultas preventivas foi a de 20 a 39 anos. A propósito, estudo anterior realizado em Pelotas mostrou que a cobertura do rastreamento para dislipidemia apresentava foco inadequado, com homens jovens sendo rastreados com teste de colesterol, especialmente nas consultas conduzidas fora do setor público<sup>26</sup>. Esse achado implica na necessidade urgente da adoção de utilização de diretrizes clínicas, a fim de que se possa evitar a necessidade de realização de prevenção quaternária (morbidades resultantes de iatrogenia) em curto espaço de tempo.

De acordo com dados da PNAD 2003, 25,7% dos usuários do SUS, no sul do Brasil, relataram ter consultado para prevenção nos últimos quinze dias<sup>23</sup>. Entre os não usuários do SUS, 31,2% consultaram por esse motivo. Diferença semelhante foi observada no ano de 2007 na cidade de Pelotas. Em 2007, quase 50% das consultas preventivas foram realizadas nos serviços credenciados e conveniados. No ano de 1992, dentre todos os indivíduos que consultaram para prevenção, mais de 50% o fez no sistema público.

Um importante fator na utilização é o acesso aos serviços de saúde. Conforme Donabedian, a atenção é acessível quando é fácil de ser iniciada e

fácil de ser mantida<sup>4</sup>. A utilização depende das características dos provedores e da habilidade dos potenciais usuários para vencer os obstáculos financeiros, espaciais, sociais e psicológicos que se interpõem entre eles e o recebimento da atenção<sup>4</sup>. As mudanças verificadas nos últimos quinze anos em Pelotas indicam que os planos privados de assistência a saúde podem configurar mais um fator gerador de desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde, tendo em vista que cobrem apenas uma parcela específica da população.

O presente estudo não pretende esgotar o assunto relacionado às mudanças no padrão de utilização, a luz das modificações ocorridas no sistema de saúde brasileiro e local. Equidade em saúde e acesso igualitário a cuidados são os objetivos maiores das estratégias de saúde pública. A avaliação periódica do padrão de utilização dos serviços ambulatoriais de saúde, como realizada no presente estudo, pode ser um instrumento capaz de auxiliar os gestores a manter o foco nos princípios do SUS de equidade e universalidade. Tais resultados podem também ajudar no planejamento de ações que visem o estabelecimento de um sistema de saúde sólido, capaz de atender a demanda da população de maneira equânime.

### **Colaboradores**

G. A Nader e I. S. Santos participaram da concepção do estudo, da elaboração do projeto e instrumentos, da análise e interpretação dos dados e da redação do artigo. J. S. D. Costa foi o pesquisador responsável pelo estudo realizado em 1992 e auxiliou na codificação dos motivos de consulta e na

revisão do manuscrito. M. F. Capilheira colaborou na construção do projeto de pesquisa e instrumentos e na revisão da literatura.

### **Agradecimentos**

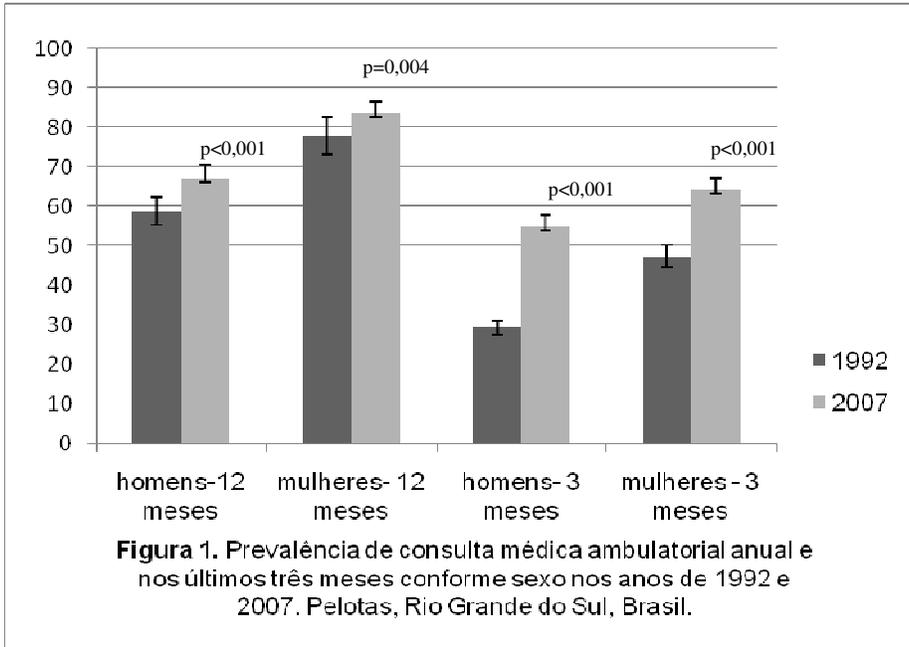
Os autores agradecem a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de mestrado através do Programa de Excelência dos cursos de Pós Graduação (PROEX) e pelo apoio financeiro do Programa de Apoio a Pós Graduação (PROAP).

## Referencias

1. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1973 Winter;51(1):95-124.
2. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995 Mar;36(1):1-10.
3. Bradley EH, McGraw SA, Curry L, Buckser A, King KL, Kasl SV, et al. Expanding the Andersen model: the role of psychosocial factors in long-term care use. *Health services research.* 2002 Oct;37(5):1221-42.
4. Donabedian A. La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, S.A.;1984.
5. Dutton D. Financial, organizational and Professional factors affecting health care utilization. *Soc Sci Med* 1986;23:721-35.
6. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. In: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editors. *Why are some people health and others not?: the determinants of health of populations.* New York: Aldine e Gruyter;1994.
7. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol.* 1999 Feb;28(1):10-8.
8. Dias da Costa JS, Facchini LA. [Use of outpatient services in an urban area of Southern Brazil: place and frequency]. *Rev Saúde Pública.* 1997 Aug;31(4):360-9.
9. Capilheira MF, da Silva Dos Santos I. [Individual factors associated with medical consultation by adults]. *Rev Saúde Pública.* 2006 Jun;40(3):436-43.

10. Mendoza-Sassi R, Beria JU. [Health services utilization: a systematic review of related factors]. *Cad Saúde Pública*. 2001 Jul-Aug;17(4):819-32.
11. Mendoza-Sassi R, Beria JU, Barros AJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2003 Jun;37(3):372-8.
12. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract*. 1996 Feb;13(1):75-83.
13. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.;1995.
14. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7:687-707.
15. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. [Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status]. *Rev Panam Salud Publica*. 2002 May-Jun;11(5-6):365-73.
16. Viana AL, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18:S139-S51.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/censo/questionarios.shtm>. (acessado em 26/Jul/2008).
18. Cesar CL, Tanaka OY. [Household surveys as an evaluation tool for health services: a case study from the Southeast region of the Greater Sao Paulo Metropolitan Area, 1989-1990]. *Cad Saúde Pública*. 1996;12 Suppl 2:59-70.

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde: 2003. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;2005.
20. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcelos MTL, Leal MC, Azevedo LO, RSB Q. Pesquisa Mundial de Saúde 2003. Radis. 2004;14-33.
21. Bahia L, Luiz RR, Salm C, Costa AJL, Kale PL, Cavalcanti MLT. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11:951-65.
22. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2007-2009 Pelotas: Editora Universitária;2007.
23. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11:1011-22.
24. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, et al. Health care services utilization and access inequalities in the Sao Paulo Metropolitan Region. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12:351-62.
25. Verbrugge LM. The twain [meet:empirical](#) explanations of sex differences in health and mortality. J Health Soc Behav. 1989 Sep;30(3):282-304
26. Duro LN, Assunção MC, Dias da Costa JS, Santos IS. Desempenho da solicitação do perfil lipídico entre os setores público e privado. Rev Saúde Pública. 2008;42(1):82-8.



**Tabela 1.** Descrição da amostra nos anos de 1992 e 2007 conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Pelotas, RS

Variável	Total				Masculino				Feminino			
	1992		2007		1992		2007		1992		2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Idade (anos completos)</b>				p<0,001 <sup>1</sup>				p=0,03 <sup>1</sup>				p<0,001 <sup>1</sup>
20-29	402	24,3	707	26,1	174	24,1	328	28,0	228	24,4	379	26,1
30-39	468	28,2	584	21,6	197	27,2	254	21,7	271	29,0	330	21,6
40-49	321	19,4	593	21,9	142	19,6	265	22,6	179	19,2	328	21,9
50-59	287	17,3	497	18,4	135	18,7	210	17,9	152	16,3	287	18,4
60-69	179	10,8	325	12,0	75	10,4	115	9,8	104	11,1	210	12,0
<b>Cor da pele</b>				p=0,09 <sup>2</sup>				p=0,03 <sup>2</sup>				p=0,69 <sup>2</sup>
Branca	1348	81,4	2144	79,2	596	82,4	919	78,4	752	80,5	1225	79,9
Preta/Parda	309	18,6	562	20,8	127	17,6	253	21,6	182	19,5	309	20,1
<b>Renda familiar SM<sup>3,4</sup></b>				p<0,001 <sup>1</sup>				p<0,001 <sup>1</sup>				p<0,001 <sup>1</sup>
0 - 5	1019	63,0	1893	75,5	446	62,9	807	74,7	573	63,1	1086	76,2
5,1- 8	283	17,5	286	11,4	119	16,8	120	11,1	164	18,1	166	11,6
> 8	315	19,5	327	13,1	144	20,3	153	14,2	171	18,8	174	12,2
<b>Escolaridade (anos completos)</b>				p<0,001 <sup>1</sup>				p<0,001 <sup>1</sup>				p<0,001 <sup>1</sup>
0-4	463	27,9	540	20,0	187	25,9	225	19,2	276	29,6	315	20,5
5-8	667	40,3	874	32,3	322	44,5	398	34,0	345	36,9	476	31,1
9-11	330	19,9	761	28,1	138	19,1	336	28,6	192	20,6	425	27,7
≥ 12	197	11,9	531	19,6	76	10,5	213	18,2	121	12,9	318	20,7
<b>Total</b>	1657	100	2706	100	723	43,6	1172	43,3	934	56,4	1534	56,7

<sup>1</sup> Teste de tendência linear; <sup>2</sup> Teste de heterogeneidade; <sup>3</sup> Totais diferentes por perda de informação; <sup>4</sup> SM: Salários mínimos

**Tabela 2.** Descrição da amostra nos anos de 1992 e 2007 conforme local e motivo da última consulta nos últimos três meses. Pelotas, RS

Variável	Total				Masculino				Feminino			
	1992		2007		1992		2007		1992		2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Consultou últimos 3 meses</b>				p<0,001 <sup>1</sup>				p<0,001 <sup>1</sup>				p<0,001 <sup>1</sup>
Não	1003	60,5	813	39,4	511	70,7	356	45,1	492	52,7	457	35,9
Sim	654	39,5	1249	60,6	212	29,3	433	54,9	442	47,3	816	64,1
<b>Local consulta</b> <sup>2,3</sup>				p<0,001 <sup>1</sup>				p<0,01 <sup>1</sup>				p<0,001 <sup>1</sup>
Sistema Público <sup>4</sup>	333	50,9	521	42,0	99	46,7	150	35,1	234	53,0	371	45,6
Credenciados e Conveniados	196	30,0	591	47,7	77	36,3	232	54,3	119	27,0	359	44,2
Sistema Privado	125	19,1	128	10,3	36	17,0	45	10,6	89	20,0	83	10,2
<b>Motivo consulta</b> <sup>2,3</sup>				p<0,001 <sup>1</sup>				p<0,001 <sup>1</sup>				p<0,001 <sup>1</sup>
Aspectos preventivos	81	15,8	366	29,3	3	1,8	94	21,7	78	22,5	272	33,3
Motivos administrativos	37	7,2	27	2,2	18	10,8	24	5,5	19	5,5	3	0,4
Doenças agudas	204	39,9	496	39,7	74	44,6	214	49,5	130	37,6	282	34,6
Doenças crônicas	190	37,1	360	28,8	71	42,8	101	23,3	119	34,4	259	31,7

<sup>1</sup> Teste de heterogeneidade; <sup>2</sup> Totais diferentes por perda de informação; <sup>3</sup> Somente quem consultou nos últimos três meses; <sup>4</sup> Os Serviços Filantrópicos foram agrupados ao Sistema Público no ano de 1992 para fins de análise

**Tabela 3.** Local da última consulta conforme variáveis demográficas, socioeconômicas e de organização dos serviços nos anos de 1992 (n=654) e 2007 (n=1249). Pelotas, RS

Características	Local da última consulta						P
	Sistema público		Credenciados/Conveniados		Sistema privado		
	1992 n(%)	2007 n(%)	1992 n(%)	2007 n(%)	1992 n(%)	2007 n(%)	
<b>Idade (anos completos)<sup>1</sup></b>							
20-29	68 (45,3)	116 (38,6)	52 (34,7)	156 (51,8)	30 (20,0)	29 (9,6)	<0,01 <sup>2</sup>
30-39	98 (55,1)	97(36,9)	44 (24,7)	135 (51,3)	36 (20,2)	31 (11,8)	<0,001 <sup>2</sup>
40-49	57 (47,1)	114 (49,1)	38 (31,4)	96 (41,4)	26 (21,5)	22 (9,5)	<0,05 <sup>2</sup>
50-59	66 (53,7)	112 (44,4)	38 (30,9)	121 (48,0)	19 (15,4)	19 (7,5)	0,04 <sup>2</sup>
60-69	44 (53,7)	82 (42,7)	24 (29,3)	83 (43,2)	14 (17,0)	27 (14,1)	0,25 <sup>2</sup>
<b>Cor da pele<sup>1</sup></b>							
Branca	253 (47,0)	377 (37,4)	165 (30,7)	510 (50,7)	120 (22,3)	120 (11,9)	<0,001 <sup>2</sup>
Preta/Parda	80 (69,0)	144 (61,8)	31 (26,7)	81 (34,8)	5 (4,3)	8 (3,4)	0,33 <sup>2</sup>
<b>Renda familiar SM<sup>1,3,4</sup></b>							
0-4	263 (63,4)	449 (55,0)	108 (26,0)	303 (37,0)	44 (10,6)	65 (8,0)	<0,01 <sup>2</sup>
5,1-8	36 (33,0)	28 (20,3)	40 (36,7)	86 (62,3)	33 (30,3)	24 (17,4)	<0,05 <sup>2</sup>
>8	25 (22,7)	15 (7,7)	40 (36,4)	155 (79,5)	45 (40,9)	25 (12,8)	<0,001 <sup>2</sup>
<b>Escolaridade (anos completos)<sup>1,4</sup></b>							
0-4	127 (69,0)	165 (70,2)	43 (23,4)	54 (23,0)	14 (7,6)	16 (6,8)	0,95 <sup>2</sup>
5-8	139 (54,7)	203 (57,1)	80 (31,5)	124 (35,0)	35 (13,8)	28 (7,9)	0,13 <sup>2</sup>
9-11	54 (41,2)	123 (35,8)	46 (35,1)	186 (54,1)	31 (23,7)	35 (10,1)	<0,001 <sup>2</sup>
≥ 12	13 (15,3)	30 (9,8)	27 (31,8)	227 (74,2)	45 (52,9)	49 (16,0)	<0,001 <sup>2</sup>
<b>Motivo da última consulta<sup>1,4</sup></b>							
Aspectos preventivos	43 (55,1)	143 (39,5)	19 (24,4)	173 (47,8)	16 (20,5)	46 (12,7)	0,02 <sup>2</sup>
Motivos administrativos	20 (54,1)	3 (11,1)	11 (29,7)	20 (74,1)	6 (16,2)	4 (14,8)	<0,01 <sup>2</sup>
Doenças agudas	108 (52,9)	207 (41,9)	64 (31,4)	256 (51,8)	32 (15,7)	31 (6,3)	<0,001 <sup>2</sup>
Doenças crônicas	102 (53,7)	168 (47,1)	50 (26,3)	142 (39,8)	38 (20,0)	47 (13,2)	0,06 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Somente quem consultou nos últimos três meses; <sup>2</sup> Teste de heterogeneidade; <sup>3</sup> SM: salários mínimos; <sup>4</sup> Totais diferentes por perda de informação

**Press-release**

## **AUMENTAM AS CONSULTAS MÉDICAS PREVENTIVAS NOS ÚLTIMOS 15 ANOS EM PELOTAS**

A utilização de serviços de saúde pode impactar positivamente a saúde das populações, prevenindo a ocorrência e, até mesmo, erradicando algumas doenças, reduzindo a mortalidade e aumentando a sobrevivência.

Ao longo das últimas duas décadas, Pelotas passou por inúmeras mudanças na configuração da rede de Atenção a Saúde. O impacto dessas mudanças sobre a utilização dos serviços de saúde por parte da população adulta de Pelotas foi investigado em estudo recente, conduzido pela médica Gisele Nader, mestranda do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação da Prof. Dra Iná dos Santos.

A investigação foi realizada em 2007 e comparou o número de consultas médicas ambulatoriais com o observado em estudo semelhante conduzido na cidade, no ano de 1992. Em 1992, foram entrevistadas em seus domicílios 1657 pessoas com idade entre 20 e 69 anos. Em 2007, foram entrevistados 2706 indivíduos da mesma faixa de idade. Os locais onde os moradores de Pelotas consultaram e os motivos das consultas foram investigados nos dois estudos.

Os pesquisadores encontraram que o percentual de adultos que consultou no ano anterior à entrevista aumentou de 70% em 1992 para 76% em 2007. Aumento maior (de cerca de 50%) foi verificado entre o percentual dos que relataram ter consultado nos três meses que antecederam a

entrevista: 40% em 1992 e 61% em 2007. Tanto em 1992 quanto em 2007, as mulheres consultaram mais do que os homens.

Quanto ao local onde ocorreu a última consulta, os pesquisadores identificaram aumento da utilização dos serviços credenciados/conveniados, paralelamente a uma diminuição de cerca de 50% de consultas no setor privado. Houve ainda aumento significativo nas consultas para prevenção, principalmente pelos homens, entre os quais o aumento foi de mais de 10 vezes. O percentual de consultas preventivas também aumentou entre as mulheres: um aumento de cerca de 50% no período.

Os resultados do estudo serão colocados à disposição dos gestores locais, uma vez que podem auxiliar no planejamento de ações que visem o estabelecimento de um sistema de saúde sólido, capaz de atender a demanda da população de maneira justa e orientada para os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade e equidade.

**Anexos**

## Questionário

**AS PERGUNTAS A SEGUIR DEVEM SER APLICADAS APENAS AOS INDIVÍDUOS  
ENTRE 20 E 69 ANOS DE IDADE**

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DE SERVIÇO MÉDICO.**

A107) **Desde <mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) baixou em algum hospital?**

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

GHOSP \_\_\_

A108) **Desde <mês> do ano passado, quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com médico? (Caso a resposta seja 0 pule para a pergunta A116)**

\_\_\_ vezes (88) NSA (99) IGN

GCONA\_\_\_

GCON3\_\_\_

A109) **Desde <três meses atrás> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com médico?**

(Caso o indivíduo responda 0, pule para pergunta A113)

\_\_\_ vezes (88) NSA (99) IGN

A110) **Onde o(a) Sr.(a) consultou a última vez?**

(01) Posto de saúde → **Do seu bairro?** (0) Não (1) Sim (8)NSA

(02) Pronto socorro

(03) Médico particular

(04) Ambulatório de hospital

(05) Ambulatório de faculdade

(06) Ambulatório de sindicato ou empresa

(07) Policlínica médica medicina de grupo

(10) Ambulatório do INSS

(11) Médico conveniado

(12) Centro de Atendimento Médico Psicossocial (CAPS)

(13) Centro de especialidades

(14) Outro \_\_\_\_\_

(88) NSA

(99) IGN

GLOC\_\_\_

GBAI\_\_\_

→ Se o indivíduo não responder Posto de Saúde, pule para a pergunta A112

A111) **Agora eu vou lhe mostrar umas fotos. O(a) Sr.(a) poderia me apontar qual o posto em que consultou na última vez?**

Foto Número \_\_\_

(88) NSA (99) IGN

GFOTO\_\_\_

A112) **Por qual motivo o(a) Sr.(a) consultou a última vez? \_\_\_\_\_**

(88) NSA (99) IGN

GMOTC\_\_\_

A113) **Quando o(a) Sr.(a) tem um problema de saúde e decide consultar, tem algum médico ao qual o(a) Sr.(a) costuma ir na maioria das vezes?**

(0) Não → Pule para a pergunta A115

(1) Sim

(8) NSA

(9)IGN → Pule para a pergunta A115

GMEDD\_\_\_

A114) **Há quanto tempo o(a) Sr.(a) consulta com esse médico?**

\_\_\_ anos \_\_\_ meses

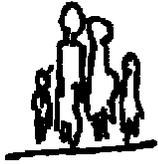
(88) NSA (99) IGN

GMEDTA\_\_\_

GMEDTM\_\_\_

<p>A115) <b>O(a) Sr.(a) teve algum problema de saúde desde &lt;três meses atrás&gt; até hoje, que lhe impediu de fazer as coisas do seu dia-a-dia, como ir à aula, trabalhar ou sair de casa?</b></p> <p>(0) Não  (1) Sim  (8) NSA  (9)IGN</p>	<p>GDINAT__</p>
<p>→Após esta pergunta, pule para a pergunta A117.</p>	
<p>A116) <b>Qual o <u>principal</u> motivo do(a) Sr.(a) não ter consultado com médico neste período?</b></p> <p>(00) Não precisou  (01) Não tinha vaga/ficha  (02) Não tinha médico  (03) Não teve tempo  (04) O local onde consulta estava fechado na hora em que precisou  (05) O local onde consulta é longe de casa  (06) Não tinha dinheiro  (07) Não tinha quem levasse à consulta  (10) Outro _____  (88) NSA  (99) IGN</p>	<p>GMOTNC__</p>

## **Consentimento Informado**



**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia**

**Departamento de Medicina Social**

**Faculdade de Medicina**

**Universidade Federal de Pelotas, RS**

---

### **Consentimento Pós-Informação**

Eu, \_\_\_\_\_ fui esclarecido sobre a pesquisa para avaliar as condições de saúde da população de adultos e idosos da cidade de Pelotas em 2007 e concordo que os dados fornecidos sejam utilizados na realização da mesma.

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Assinatura: \_\_\_\_\_

---

Rua Marechal Deodoro, N° 1160 - 3° piso - CEP 96020-220- Pelotas/RS

Fone/Fax: (053) 32841300

## **Carta de Apresentação**



---

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Pelotas, Outubro de 2007.

Prezado(a) Sr.(a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde da população de Pelotas. Sua casa está entre uma das aproximadamente 1400 espalhadas na cidade que farão parte desta importante pesquisa. Com este trabalho será possível conhecer aspectos importantes sobre a população da cidade como, por exemplo, identificar fatores de risco para diversas doenças e, assim, adotar medidas para prevenir tais doenças.

O(a) Sr.(a) está recebendo a visita de um dos Mestrandos do curso de Pós-graduação em Epidemiologia. Ele(a) irá conversar com o(a) Sr.(a) e lhe explicar todos os detalhes sobre o projeto, assim como responder a qualquer pergunta que o(a) Sr.(a) queira fazer.

Gostaríamos de lhe comunicar que, nos meses de outubro, novembro ou dezembro o(a) Sr.(a) estará recebendo a visita de uma de nossas entrevistadoras. Todas as nossas entrevistadoras foram treinadas e qualificadas para esta função, além disso, estarão usando um crachá de identificação. Contamos com a sua colaboração no sentido de responder a algumas perguntas, que são essenciais para nosso estudo. Nós temos a preocupação em realizar nossa pesquisa sem provocar transtornos para o (a) Sr.(a). Portanto, caso não possa responder às perguntas no momento que a entrevistadora vier lhe visitar, pedimos que informe o horário mais adequado para a entrevista.

Os dados colhidos nesta pesquisa serão sigilosos e analisados com o auxílio de computadores. Em hipótese alguma será divulgado o nome do(a) Sr.(a) ou qualquer outra pessoa que responder ao questionário. Caso o(a) Sr.(a) se sinta desconfortável com qualquer uma das perguntas ou com a entrevista, não é obrigado(a) a realizá-la. É muito importante que o(a) Sr.(a) participe, pois sua residência não poderá ser substituída por outra.

Desde já agradecemos sua colaboração,

---

Dra. Maria Cecília Assunção  
Coordenadora do Consórcio de Pesquisa do Programa de Pós-  
Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas