

Uso de serviços ambulatoriais nos últimos 15 anos: comparação de dois estudos de base populacional

Ambulatory care utilization in the past 15 years: Comparison between two population-based studies

Resumo

Houve profundas mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas. 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 dos serviços de saúde nos últimos quinze anos, em Pelotas, RS. Calcularam-se as frequências percentuais de consulta médicas no ano e nos últimos três meses, estratificadas por sexo. A última consulta foi analisada conforme local e motivo. A utilização no último ano aumentou de 69,8% para 76,2% (p < 0,001) e nos três meses, de 39,5% para 60,6% (p < 0,001). Quanto ao local, houve aumento do uso de planos de saúde, exceto para pretos/pardos, que continuaram usando os serviços públicos (69%, em 1992 e 61,8%, em 2007). Entre homens, as consultas preventivas aumentaram mais de dez vezes. Nos últimos quinze anos, os planos de saúde absorveram grande parte da demanda pública. Essa absorção não foi uniforme, com os pretos/pardos permanecendo no setor 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.

Gisele Alsina Nader Bastos

Iná S. Santos

Juvenal Soares Dias da Costa

Marcelo Fernandes Capilheira

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

O trabalho foi realizado na Universidade Federal de Pelotas.

Conflito de interesse: nada a declarar.

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Bolsa de demanda social da Capes e auxílio financeiro da mesma fonte

Correspondência: Gisele Alsina Nader Bastos. Av. João Wallig, 1695 apt 432 – Passo D'areia - Porto Alegre- RS – CEP 91340-001. E-mail: gnader@terra.com.br

Abstract

Profound changes in the Brazilian health system have occurred in the past few decades. Data from two cross-sectional population-based studies carried out in 1992 (n = 1,657) and 2007 (n = 2,706), among individuals from 20-69 years, were compared aiming to describe changes in Pelotas, Brazil. Prevalence of consultations in the past twelve and three months were calculated and stratified by gender. The most recent consultation was analyzed according to place and reason. Utilization in the past year increased from 69.8% to 76.2% (p < 0.001) and in the past 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 mainly continued using public services (69% in 1992 and 61.8% in 2007). Among men, preventive consultations increased more than ten-fold. In the past 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 in 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 saúde¹⁻⁷. Nestes modelos, a utilização é explicada não apenas como produto exclusivo dos determinantes individuais, mas 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 sexo feminino, extremos de idade, maior nível socioeconômico e comorbidades⁸⁻¹¹.

A utilização de serviços e a consequente cobertura alcançada indicam não apenas a necessidade em saúde, mas também a disponibilidade de serviços e a propensão a utilizá-los^{12,13}. A utilização de serviços de saúde depende ainda da facilidade de acesso proporcionada pelo sistema. Dessa forma, mudanças nos modelos de atenção podem acarretar alterações no padrão de utilização. Consequentemente, a utilização e o acesso por diferentes grupos socioeconômicos de uma população refletem a equidade do sistema de saúde¹³.

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^{8,9,11,14,15}. Porém, a despeito das profundas mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas¹⁶, 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 ano de 2007 foram coletados de forma a garantir a comparabilidade com outro, conduzido na mesma cidade no ano de 1992. Ambos tiveram delineamento transversal de base populacional, tendo como população alvo indivíduos entre 20 e 69 anos de idade, residentes na cidade de Pelotas, RS.

Tamanho das amostras e amostragem

Os detalhes metodológicos do estudo anterior, conduzido de março a junho de 1992, estão disponíveis em outra publicação⁸. Brevemente, foi considerado nível de confiança de 95%, poder de 80% e risco relativo de 2,0, o que resultou em uma amostra estimada 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. Após aplicação dos questionários no primeiro domicílio sorteado, de cada quarteirão, aplicava-se novamente o questionário em um domicílio a cada três.

Para o atual estudo, conduzido de outubro de 2007 a janeiro de 2008, o cálculo amostral baseou-se em uma estimativa de prevalência de consultas médicas de 80% e 60%, respectivamente, nos doze e três meses que precederam a entrevista⁹. Utilizou-se nível de confiança de 95%, poder de 80%, erro aceitável de 3 pontos percentuais, 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 frequência anual de consultas, deveriam ser incluídos 1.337 indivíduos e, para os três meses anteriores à entrevista, 2.005. Considerando a existência média de dois indivíduos adultos por domicílio, seria

necessário visitar pelo menos 1.003 domicílios; porém, como esse estudo era parte de um amplo inquérito epidemiológico sobre saúde dos moradores da cidade de Pelotas, foi necessário incluir 1.522 domicílios a fim de contemplar as demais estimativas amostrais.

Em 2007, adotou-se um processo de amostragem por conglomerados, em múltiplos estágios, sistemática e com probabilidade proporcional ao tamanho do setor censitário. Os 404 setores domiciliares (Censo Demográfico de 2000) foram colocados em ordem crescente conforme a renda média mensal da “pessoa responsável” pela família¹⁷ 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 equiprobabilidade. Foram selecionadas, em média, onze casas em cada setor ($n = 1.534$ domicílios).

Todos os domicílios foram previamente visitados para convidar a participar do estudo e identificar o número de moradores, idade e sexo. Foram excluídos do estudo apenas os indivíduos institucionalizados (moradores de pensões, asilos ou presídios) e fora da faixa etária de interesse (20-69 anos).

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. A 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 viés de memória, 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 a intenção de lucro do serviço¹⁸. Para o estudo de 1992, foi considerada a seguinte categorização: *Sistema Público*: postos de saúde, ambulatório da Faculdade de Medicina e ambulatório do INAMPS/INSS. *Serviços Filantrópicos*: ambulatórios de hospitais e serviços de pronto-socorro. *Planos de Saúde*: ambulatórios de sindicatos ou empresas, medicina de grupo, conveniados pelo INAMPS e outros convênios. *Sistema Privado*: constituído, exclusivamente, pelos médicos particulares (que incluía clínicas privadas). Uma vez que um atendimento poderia ter sido feito em consultório particular, mas financiado tanto pelo plano de saúde como pelo próprio usuário, os entrevistadores, foram treinados para obter informações adicionais sobre o financiamento da consulta. Além disso, em caso de dúvidas, dispunham de um Manual de Instruções, no qual constavam os possíveis tipos de financiamento aplicáveis a cada local referido de consulta. Assim, no exemplo acima, se a consulta ocorreu no consultório particular e foi paga pelo plano de saúde, a variável era codificada como “plano de saúde”; do contrário, como “privada”. 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, ambulatório da Faculdade de Medicina, ambulatório de hospitais, pronto-socorro, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e centro de especialidades. *Planos de Saúde*: ambulatórios de sindicatos ou empresas, medicina de grupo, associação de aposentados e outros convênios. *Sistema Privado*: constituído, exclusivamente, pelos médicos particulares e clínicas privadas.

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 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 à entrevista foi obtida por meio 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. Em virtude da mudança da moeda brasileira, no período estudado, optou-se pela categorização da renda em salários mínimos. No Sul do país em 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 informação relacionada à escolaridade foi obtida em anos completos de estudo e categorizada em 0-4, 5-8, 9-11 anos ou mais.

As informações relativas à variável motivo de consulta foram coletadas sob a forma de pergunta aberta, cujas respostas foram posteriormente agrupadas em quatro categorias: preventivas, motivos administrativos, doenças agudas e doenças crônicas. Foram consideradas consultas preventivas aquelas em que o indivíduo mencionava ter feito *check-up*, exame de rotina, exames ginecológicos anuais etc. As consultas administrativas foram as referentes à renovação de receitas, solicitação de atestados e exames periciais. Consideraram-se consultas por doença aguda as motivadas por doenças com curso rápido e potencialmente curáveis, como, por exem-

plo, pneumonia, torções, gastroenterites etc. Foram classificadas como consultas por doenças crônicas aquelas por hipertensão arterial, cardiopatia, 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. 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. Nos casos de recusa, o procedimento foi o mesmo. Antes da coleta de dados dos dois estudos, um estudo piloto foi realizado em um setor censitário não sorteado para fazer parte da amostra.

Nos dois estudos, o controle de qualidade foi garantido por meio da revisão dos questionários e dupla digitação dos dados. Adicionalmente, no ano de 2007, a repetibilidade dos dados foi testada através de re-entrevistas a 10% da amostra.

Análise dos dados

Para construção do banco de dados utilizou-se o *software* EPI-INFO versão 6.0; para a análise, o programa STATA 9.0. Com o consentimento do pesquisador principal do primeiro estudo, os dados de 1992 foram reanalisados 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 autores⁸⁻¹⁰. As frequências percentuais 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.

O protocolo do presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Ressalta-se não haver conflito de interesse por parte dos autores.

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 1.657 indivíduos nos 852 domicílios elegíveis. Em 2007, os números correspondentes foram 2.706 e 1.522.

Nos dois anos, a média de idade e a distribuição por sexo nas amostras 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 estudo. 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%) tinha menos de 40 anos de idade. Em 2007, 52,3% tinham 40 anos ou mais de idade. Quanto à renda, houve aumento de 63% para 75,5% na proporção de famílias que recebiam no máximo cinco salários mínimos mensais ($p < 0,001$). 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%.

Houve aumento na utilização de consultas entre um estudo e outro, particularmente no período de três meses que antecedeu a entrevista. A frequência percentual de consultas ambulatoriais no ano 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), ($p < 0,001$). A Figura 1 apresenta as frequências percentuais no ano e nos últimos três meses de consulta médica ambulatorial, estratificadas por sexo.

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) 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 conforme 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. Quanto ao local, verificou-se um aumento significativo da utilização dos planos de saúde (30% para 47%) e diminuição da utilização dos sistemas público (50,9% para 42%) e privado (19,1% para

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

Table 1 - Sample description, 1992 and 2007, according to sociodemographic variables. Pelotas, RS

Variável	Total				Masculino				Feminino			
	1992		2007		1992		2007		1992		2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade (anos completos)	p<0,001 ¹				p=0,03 ¹				p<0,001 ¹			
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
Cor da pele	p=0,09 ²				p=0,03 ²				p=0,69 ²			
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
Renda familiar SM ^{3,4}	p<0,001 ¹				p<0,001 ¹				p<0,001 ¹			
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
Escolaridade (anos completos)	p<0,001 ¹				p<0,001 ¹				p<0,001 ¹			
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
Total	1657	100	2706	100	723	43,6	1172	43,3	934	56,4	1534	56,7

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

¹ Linear trend test; ² Heterogeneity test; ³ Different totals by loss of information; ⁴ SM: minimum wages

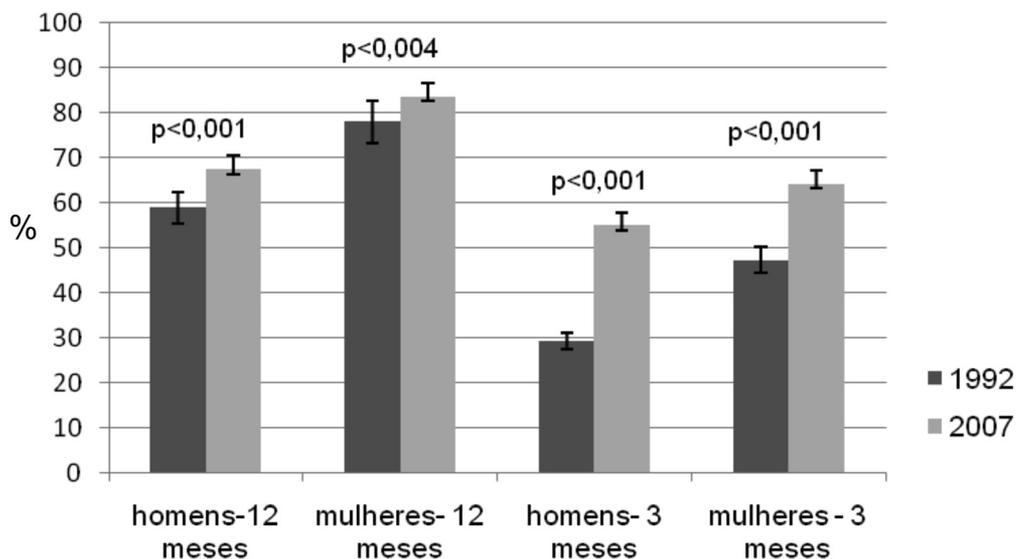


Figura 1 - Prevalência de consulta médica ambulatorial anual e nos últimos três meses conforme sexo nos anos de 1992 e 2007. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Figure 1 - Prevalence of medical consultation in the past year and past three months according to sex in 1992 and 2007. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil

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

Table 2 - Samples description, 1992 and 2007, according to site and reason of the consultation in the past three months. Pelotas, RS

Variável	Total				Masculino				Feminino			
	1992		2007		1992		2007		1992		2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Consultou últimos 3 meses	p<0,001 ¹				p<0,001 ¹				p<0,001 ¹			
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
Local consulta ^{2,3}	p<0,001 ¹				p<0,01 ¹				p<0,001 ¹			
Sistema Público ⁴	333	50,9	521	42,0	99	46,7	150	35,1	234	53,0	371	45,6
Planos de Saúde	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
Motivo consulta ^{2,3}	p<0,001 ¹				p<0,001 ¹				p<0,001 ¹			
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

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

¹ Heterogeneity test; ² Different totals by loss of information; ³ Only individuals who had at least one consultation in the past three months; ⁴ For analysis, philanthropic services were combined to public health services in 1992

10,3%). Mais da metade dos homens utilizou plano de saúde em 2007. Quanto ao motivo de consulta, entre os homens, embora o número que consultou para prevenção em 1992 tenha sido muito pequeno, observou-se um aumento significativo desse tipo de consultas, aumento esse de mais de 10 vezes (de 1,8% para 21,7%).

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 planos de saúde, e 20%, no sistema priva-

do. Nessa mesma faixa etária, em 2007, os percentuais foram de 38,6%, 51,8% e 9,6%, respectivamente ($p < 0,01$). 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 planos de saúde e redução de aproximadamente 50% do sistema privado. A redução de consultas no sistema privado foi de aproximadamente 50%. Padrão semelhante ao da idade foi verificado entre os indivíduos de cor da pele branca: aumento de 30,7% para 50,7% nas

Tabela 3 - Local da consulta conforme variáveis demográficas, socioeconômicas e motivo da consulta nos anos de 1992 (n=654) e 2007 (n=1.249). Pelotas, RS

Table 3 - Site of the last consultation according to sociodemographic variables and reason of the consultation in 1992 (n=654) and 2007 (n=1,249). Pelotas, RS

Características	Local da última consulta						P de heterogeneidade
	Sistema público		Planos de Saúde		Sistema privado		
	1992 n(%)	2007 n(%)	1992 n(%)	2007 n(%)	1992 n(%)	2007 n(%)	
Idade (anos completos)¹							
20-29	68 (45,3)	116 (38,6)	52 (34,7)	156 (51,8)	30 (20,0)	29 (9,6)	<0,01
30-39	98 (55,1)	97(36,9)	44 (24,7)	135 (51,3)	36 (20,2)	31 (11,8)	<0,001
40-49	57 (47,1)	114 (49,1)	38 (31,4)	96 (41,4)	26 (21,5)	22 (9,5)	<0,05
50-59	66 (53,7)	112 (44,4)	38 (30,9)	121 (48,0)	19 (15,4)	19 (7,5)	0,04
60-69	44 (53,7)	82 (42,7)	24 (29,3)	83 (43,2)	14 (17,0)	27 (14,1)	0,25
Cor da pele¹							
Branca	253 (47,0)	377 (37,4)	165 (30,7)	510 (50,7)	120 (22,3)	120 (11,9)	<0,001
Preta/Parda	80 (69,0)	144 (61,8)	31 (26,7)	81 (34,8)	5 (4,3)	8 (3,4)	0,33
Renda familiar SM^{1,2,3}							
0-4	263 (63,4)	449 (55,0)	108 (26,0)	303 (37,0)	44 (10,6)	65 (8,0)	<0,01
5,1-8	36 (33,0)	28 (20,3)	40 (36,7)	86 (62,3)	33 (30,3)	24 (17,4)	<0,05
>8	25 (22,7)	15 (7,7)	40 (36,4)	155 (79,5)	45 (40,9)	25 (12,8)	<0,001
Escolaridade (anos completos)^{1,3}							
0-4	127 (69,0)	165 (70,2)	43 (23,4)	54 (23,0)	14 (7,6)	16 (6,8)	0,95
5-8	139 (54,7)	203 (57,1)	80 (31,5)	124 (35,0)	35 (13,8)	28 (7,9)	0,13
9-11	54 (41,2)	123 (35,8)	46 (35,1)	186 (54,1)	31 (23,7)	35 (10,1)	<0,001
≥ 12	13 (15,3)	30 (9,8)	27 (31,8)	227 (74,2)	45 (52,9)	49 (16,0)	<0,001
Motivo da última consulta^{1,3}							
Aspectos preventivos	43 (55,1)	143 (39,5)	19 (24,4)	173 (47,8)	16 (20,5)	46 (12,7)	0,02
Motivos administrativos	20 (54,1)	3 (11,1)	11 (29,7)	20 (74,1)	6 (16,2)	4 (14,8)	<0,01
Doenças agudas	108 (52,9)	207 (41,9)	64 (31,4)	256 (51,8)	32 (15,7)	31 (6,3)	<0,001
Doenças crônicas	102 (53,7)	168 (47,1)	50 (26,3)	142 (39,8)	38 (20,0)	47 (13,2)	0,06

¹ Somente quem consultou nos últimos três meses; ² SM: salários mínimos; ³Totais diferentes por perda de informação

¹ Only individuals who had at least one consultation in the past three months; ² SM: minimum wages; ³ Different totals by loss of information

consultas dos planos de saúde 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 ($p = 0,13$) nas consultas nos planos de saúde (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 nos planos de saúde pelos indivíduos mais pobres ($p < 0,001$), a migração para o plano de saúde foi especialmente marcada para os indivíduos com renda familiar acima de cinco salários mínimos (Tabela 3). Entre os com menor escolaridade (0-8 anos), a utilização do sistema público manteve-se estável e predominante no período. Entre os de maior escolaridade (≥ 12 anos) houve expressiva redução na utilização do sistema privado (52,9% para 16%) e incremento no plano de saúde (31,8% para 74,2%).

No que diz respeito ao motivo da última consulta, a proporção de consultas para prevenção praticamente dobrou no plano de saúde (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 plano de saúde ($p < 0,01$). Houve diminuição das consultas por doenças agudas no sistema público e privado e aumento significativo das consultas por esse motivo no plano de saúde nos 15 anos ($p < 0,001$).

Discussão

Dentre as investigações com base populacional, os inquéritos domiciliares vêm

sendo utilizados como importante fonte de informação para o conhecimento do perfil de saúde das populações, do acesso aos serviços e de sua cobertura, fornecendo subsídios ao planejamento e à avaliação destas dimensões¹⁹. Devido às mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro, como a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e aumento da rede de atenção primária a saúde (APS), estudo recente sugeriu que o monitoramento da utilização dos serviços de saúde deveria ser feito como forma de subsidiar a gestão⁹.

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, em suas características demográficas, não foram discrepantes da amostra como um todo. Além disso, as características das amostras estudadas nos anos de 1992 e 2007 foram comparadas aos dados dos censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1991²⁰ e em 2000²¹ na cidade de Pelotas. Observou-se que o processo amostral utilizado teve bom resultado, uma vez que as distribuições por sexo, idade e cor da pele dos dois estudos foram semelhantes às da população residente na cidade, conforme os dados oficiais do IBGE daqueles anos. Outra preocupação em estudos de monitoramento é a comparabilidade da metodologia e dos instrumentos de coleta de dados. Para garantir a comparabilidade, o instrumento do estudo de 1992 foi aplicado na íntegra em 2007.

Uma possível limitação dos dois estudos é o viés de memória 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 esse, o tamanho de amostra necessário aumentaria sobremaneira, com implicações sobre o custo e a dificuldade de execução do trabalho.

A literatura brasileira é consistente quanto à elevada prevalência de consultas médicas em um ano^{8,9,18,22}. O estudo de 2007 revelou alta prevalência e expressivo aumento da utilização em relação a 1992. Esse incremento deveu-se em parte ao aumento da oferta de planos de saúde.

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, em 1987, elaborou o Plano Municipal da Saúde. Em meados de 1994, a municipalização foi efetivamente implementada com o objetivo de fortalecer a atenção básica e facilitar o acesso e utilização dos serviços de saúde. Em 2000, Pelotas assumiu a gestão plena do sistema de saúde e, em 2002, foi implementada a ESF como modelo assistencial substitutivo. Em 1992, a cidade contava com 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco ambulatórios de especialidades e aproximadamente 289 mil habitantes. Atualmente existem 50 UBS, das quais dezessete contam com equipes de ESF, seis ambulatórios de especialidades, seis CAPS e uma população de 338.544 habitantes. Dessa forma, houve aumento na oferta dos serviços públicos. De acordo com o plano municipal de saúde de 2007-2009, em 2005, cerca 3.520 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 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 ano²³. A despeito dessas mudanças, e do aumento absoluto no número de consultas, houve redução na utilização dos serviços públicos. Contrariamente, a comparação entre as Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1998 e 2003²⁴ mostrou aumento no uso do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as regiões do país. Estudos adicionais deverão ser planejados para investigar especificamente as razões que determinaram o aumento da utilização dos planos de saúde em Pelotas.

Os resultados de 2007 são consistentes com os de estudos anteriores. A PNAD de 2003¹⁸ encontrou 62,8% de utilização de serviços nos doze meses que precederam a entrevista, dado este semelhante ao encontrado na Pesquisa Mundial de Saúde²², onde a prevalência de utilização anual foi de 70%. Em outro município do Sul do Brasil, Mendoza-Sassi et al.¹¹ 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. Conforme a PNAD 2003¹⁸, 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/habitante/ano.

Quanto aos locais de consulta conforme fonte de financiamento, os resultados encontrados em 1992 foram semelhantes aos de Pinheiro et al.¹⁴, 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.¹⁴, 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 2003²⁵ para o país como um todo mostrou que entre os indivíduos que consultaram nos quinze dias anteriores à entrevista, 59,2% eram usuários do SUS. Porém, estas proporções variaram entre as regiões. A PNAD 2003^{18,26} 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. Porto et al., comparando a utilização entre a PNAD de 1998 e de 2003, mostraram que houve aumento no uso dos planos de saúde apenas na região Sul do país (variação de 3,6% comparável a do SUS)²⁴. Dados não publicados de um estudo 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 no período migração das consultas no sistema privado para o plano de saúde. De acordo com a PNAD de 2003¹⁸, a cobertura por planos de saúde aumentou com a idade, variando de 19,8% entre os menores de 19 anos, a 29,8% entre os com 64 anos ou mais. No grupo de 40-64 anos esta cobertura foi semelhante à dos mais idosos (29,7%)¹⁸.

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 2003¹⁸, 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 baixo, a participação integral do empregador foi maior (26,6%)¹⁸. 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 pode ser a falta de poder do estudo. Cálculos preliminares de poder indicavam a necessidade de amostras superiores a dez mil indivíduos para que diferenças quanto à cor pudessem ser identificadas. No entanto, Travassos et al.¹⁵, 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 inferior²⁷, dado esse corroborado por outros autores^{18,22}. No ano de 2007 observamos maior utilização dos planos de saúde, conforme aumento da renda familiar. Em 1992 os indivíduos de maior renda familiar utilizavam predominantemente o sistema privado. Houve diminuição de quase 50% na utilização do sistema privado entre 1992 e 2007. Quando analisada por extratos, a redução foi marcada para indivíduos de renda alta e intermediária.

Quanto à escolaridade, 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 planos de saúde (54,1%). Em 2007, indivíduos com doze ou mais anos de escolaridade haviam migrado do sistema privado (52,9% em 1992) para o plano de saúde (74,2%). De acordo com os dados da PNAD 2003, em todo o 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 mais²⁵.

Em relação ao motivo da consulta médica, Verbrugge²⁸ identificou que as mulheres visitam mais frequentemente serviços preventivos, quando comparadas aos homens. O uso de serviço ambulatorial pelas mulheres deveu-se basicamente à busca de diagnóstico e prevenção (planejamento familiar, gestação etc.)²⁸. 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 20-39 anos.

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 dias²⁵. Entre os não usuários do SUS, 31,2% consultaram por esse motivo. Diferença semelhante foi observada em 2007 na cidade de Pelotas, com quase 50% das consultas preventivas realizadas nos planos de saúde. No ano de 1992, dentre todos os indivíduos que consultaram para prevenção, mais de 50% o fizeram 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 mantida⁴. A utilização depende das características dos provedores e da habilidade dos potenciais usuários para vencer os obstáculos financeiros, espaciais e sociais que se interpoem entre eles e o

recebimento da atenção⁴. 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.

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 é 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.

Referências

1. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1973; 51(1): 95-124.
2. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 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* 2002; 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 healthy 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; 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; 31(4): 360-9.
9. Capilheira MF, da Silva Dos Santos I. [Individual factors associated with medical consultation by adults]. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(3): 436-43.
10. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Health services utilization: a systematic review of related factors. *Cad Saúde Pública* 2001; 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; 37(3): 372-8.
12. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract* 1996; 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; 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; 8: S139-S51.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/censo/questionarios.shtml>. [Acessado em 26 de julho de 2008]

18. 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.
19. 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(S2): 59-70.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 1991. Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br>. [Acesso em 26 de julho de 2008]
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Resultados da Amostra do Censo Demográfico, 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
22. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcelos MTL, Leal MC, Azevedo LO, RSB Q. Pesquisa Mundial de Saúde 2003. *Radis* 2004; 14-33.
23. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2007-2009*. Pelotas: Editora Universitária; 2007.
24. Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 895-910.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Verbrugge LM. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav* 1989; 30(3): 282-304.

Recebido em: 20/03/2010

Versão final apresentada em: 22/03/2011

Aprovado em: 17/10/2011