

# PREVALÊNCIA DE CONSULTAS MÉDICAS E FATORES ASSOCIADOS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO SUL DO BRASIL

ANTONIO FERNANDO BOING<sup>1</sup>, IZABELLA BARISON MATOS<sup>2\*</sup>, MARINA PATRÍCIO DE ARRUDA<sup>3</sup>, MARIA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA<sup>4</sup>, KATHIE NJAINE<sup>5</sup>

Trabalho realizado na Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), Lages, SC

## RESUMO

**OBJETIVO.** Descrever a prevalência de consultas médicas e os fatores associados na população adulta de um município de médio porte do sul do Brasil.

**MÉTODOS.** Realizou-se estudo transversal de base populacional em Lages, Santa Catarina. A população de referência foram os adultos (20 a 59 anos). O processo de amostragem foi por conglomerados e foram entrevistadas 2.022 pessoas. O desfecho foi a realização de consulta médica nos 12 meses anteriores à pesquisa. Também foram coletadas informações relativas à natureza do serviço utilizado (público/privado) e a avaliação do mesmo. As variáveis independentes foram sexo, raça/cor de pele, estado civil, renda per capita, escolaridade, autopercepção da saúde, estado nutricional, diabetes autorreferido, nível pressórico elevado, tabagismo e problemas com álcool. Foi realizada regressão de Poisson obtendo-se a Razão de Prevalência como medida de efeito.

**RESULTADOS.** A prevalência de consultas médicas nos 12 meses anteriores à entrevista foi de 76% (IC95% 73,6-78,4). As mulheres, os mais ricos, aqueles com diabetes, fumantes, ex-fumantes, com problemas com álcool e que avaliaram negativamente a sua saúde reportaram maior prevalência do desfecho. Também se observou que entre os estratos com menor renda a utilização do Sistema Único de Saúde para a realização das consultas médicas foi mais elevada.

**CONCLUSÃO.** A realização de consultas médicas variou entre estratos da população. As políticas de saúde das três esferas de governo devem considerar tal desigualdade para subsidiar suas ações para o setor a fim de propor políticas equânimes.

**UNITERMOS:** Assistência à saúde. Visita a consultório médico. Fatores socioeconômicos. Epidemiologia. Sistema Único de Saúde.

## \*Correspondência:

Universidade do Planalto  
Catarinense  
Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva  
Av. Castelo Branco, 170 -  
Bairro Universitário  
Caixa Postal 525  
Lages - SC  
CEP 88509-900  
izabmatos@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Modificações políticas e legais ocorridas no Brasil nas últimas décadas, destacando-se a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tiveram profundas repercussões na reorganização dos serviços de saúde do país. Diferentemente de períodos anteriores, a partir da década de 1990 o sistema público passou a se orientar pelo atendimento universal e a prever integralidade em suas ações<sup>1,2</sup>. Assim, a utilização de serviços de saúde para ações de reabilitação, prevenção e tratamento de doenças e promoção de saúde se tornou direito de todo cidadão. Foi também nesse período que o setor privado de assistência se remodelou, sobretudo sob o impacto da ampliação do segmento de planos privados e seguros de saúde, que contava com incentivos fiscais e poucas barreiras regulatórias<sup>3</sup>.

Apesar dessas transformações ocorridas no setor saúde, com acréscimo expressivo do acesso aos serviços de diferentes complexidades, é relatado na literatura que determinados grupos populacionais utilizam mais os serviços de saúde que outros segmentos. Em relação às prevalências de consultas médicas, condições socioeconômicas, demográficas e de carga de doenças são apontados como importantes fatores que modulam tais diferenças<sup>4,5</sup>.

Conhecer a magnitude com que a população usa serviços de saúde - e realiza consultas médicas, especificamente - e os fatores associados a esses episódios é essencial no contexto atual da organização dos serviços de saúde para o planejamento do setor e para a definição de políticas públicas<sup>6</sup>. Nesse sentido, informações epidemiológicas oriundas de estudos de base populacional podem contribuir e subsidiar discussões acerca da acessibilidade, resolutividade e equidade. Trata-se de um conhecimento essencial

1. Mestre em Saúde Pública; área de concentração: Epidemiologia; Doutor em Ciências Odontológicas e Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC
2. Doutora em Ciências - Saúde Pública e Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC
3. Doutora em Serviço Social - Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC
4. Doutora em Ciências Humanas - Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC
5. Doutora em Ciências - Saúde Pública - Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC

para os gestores em saúde tendo em vista o redimensionamento do sistema baseado na real demanda populacional.

O objetivo do presente estudo foi descrever a prevalência de consultas médicas e os fatores associados na população adulta de um município de médio porte do sul do Brasil. Também foram investigadas a satisfação com o serviço utilizado e a existência de orientação por parte dos profissionais de saúde aos usuários dos serviços sobre cuidados com saúde.

## MÉTODOS

Foi realizado em 2007 um estudo transversal de base populacional no município de Lages, Santa Catarina. O município, que em 2005 apresentava população estimada de 166.733 habitantes<sup>7</sup>, tem como base econômica a indústria madeireira - com destaque para a produção de papel e celulose -, a pecuária e a agricultura<sup>8</sup>. A população investigada foram os adultos (20 a 59 anos), de ambos os sexos, residentes na região urbana do município (n=86.998).

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizaram-se como parâmetros nível de confiança de 95%, prevalência esperada do fenômeno igual a 50%, erro amostral de 3,5 pontos percentuais e efeito do desenho de estudo igual a 2. À amostra incorporaram-se mais 10% em decorrência das perdas estimadas e 20% em razão do controle de fatores de confusão. A amostra final obtida foi de 2.051 pessoas. O processo de amostragem foi por conglomerados, sendo as unidades de primeiro estágio os setores censitários e as unidades de segundo estágio os domicílios.

Todos os adultos residentes nos domicílios sorteados foram considerados potencialmente elegíveis para o estudo. Foram consideradas como perdas as pessoas que se recusaram a participar do estudo e as que não foram encontradas nos domicílios sorteados após quatro visitas, incluindo ao menos uma no período noturno e outra no final de semana. Excluíram-se da amostra gestantes, indivíduos amputados, acamados, portadores de aparelho gessado, portadores de distúrbios psiquiátricos e aqueles que por algum motivo não apresentavam condições de permanecer na posição adequada para aferição das medidas antropométricas ou de responder ao questionário.

A informação sobre a prevalência de consultas médicas foi obtida através da pergunta "Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) consultou com médico?". Aos sujeitos de pesquisa também foi indagada a natureza do último serviço médico utilizado (particular/convênio ou público (Sistema Único de Saúde)), a avaliação do mesmo (positiva - que englobou os conceitos muito bom e bom - e negativa - relativa aos conceitos razoável, ruim e muito ruim) e se nos últimos 12 meses o entrevistado recebeu orientações dos profissionais de saúde sobre cuidados com sua saúde.

As variáveis independentes foram: sexo, idade (20-29 anos, 30-39, 40-49 ou 50-59), raça/cor da pele (autorreferida: brancos ou pardo e pretos), estado civil (sem companheiro ou com companheiro), renda mensal *per capita* em salários mínimos por quartis (0,02-0,50, 0,51-0,88, 0,89-1,58 ou 1,59-19,74), escolaridade em anos de estudo (0-4, 5-8, 9-11 ou 12 e mais), autopercepção da saúde (avaliação positiva ou negativa), estado nutricional (eutrofia, sobrepeso ou obesidade), diabetes autorreferido (sim ou não), nível pressórico elevado (sim (pressão arterial maior que 140mmHgx90mmHg) ou não), tabagismo (fumante atual, ex-fumante ou nunca fumante) e problemas com álcool (mensurado através do instrumento CAGE (sim ou não))<sup>9</sup>.

Os dados foram digitados de maneira independente por duas pessoas no programa EpiInfo 6.04, sendo, posteriormente, verificadas as consistências dos bancos. A análise dos dados foi realizada no pacote estatístico Stata 9. Inicialmente, foi descrita a distribuição da amostra e calculadas as prevalências de consultas médicas em cada estrato populacional. Em seguida foi realizada a análise bivariada através da regressão de Poisson, obtendo-se como medida de efeito a razão de prevalências e seus respectivos intervalos de confiança. Foram incluídas na análise multivariada todas as variáveis que apresentaram  $p < 0,25$ , permanecendo no modelo final aquelas com  $p < 0,05$ . Em todas as análises considerou-se o efeito do desenho amostral. Além disso, ao se compararem as distribuições etária e por sexo da amostra investigada com a disponibilizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para o ano 2005 observaram-se diferenças<sup>7</sup>. Dessa maneira, foram calculados e incorporados pesos de tal modo que a distribuição demográfica da amostra coincidissem com as informações intercensitárias do IBGE. Tais ajustes foram conduzidos utilizando-se o conjunto de comandos *svy* do Stata. O projeto foi protocolado sob o número 001-07, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPLAC, atendendo-se à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi financiada pelo Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento de Pesquisa da UNIPLAC.

## RESULTADOS

A taxa de resposta foi de 98,6%, totalizando 2.022 pessoas efetivamente entrevistadas. Destas, a maior parte era composta por mulheres, pessoas com 20 a 29 anos, brancas e que viviam com companheiro (Tabela 1). Para pouco mais da metade da amostra a renda mensal *per capita* foi de até 0,88 salário-mínimo e 46,5% tinham até oito anos de estudo. Na análise das morbidades, 6,9% referiram ter diabetes e 27,7% apresentaram níveis pressóricos elevados. A proporção de fumantes foi igual a 29,7% e 11,5% das pessoas apresentavam problemas com álcool.

A prevalência de consultas médicas nos 12 meses anteriores à entrevista foi de 76,0% (IC<sub>95%</sub> 73,6-78,4). A frequência do desfecho em cada segmento populacional está descrita na Tabela 1. Na análise bivariada observou-se que as mulheres apresentaram prevalência 22% maior de ter consultado um médico no último ano. Maior prevalência de consultas médicas também foi observada entre aqueles com 50 a 59 anos de idade (em relação ao grupo de 20 a 29 anos) e que relataram auferir maior renda. As pessoas com diabetes, que avaliaram negativamente sua saúde, eram fumantes ou ex-fumantes e tinham problemas com álcool também apresentaram maior prevalência do desfecho. As variáveis cor da pele/raça, estado civil, escolaridade, estado nutricional e níveis pressóricos não se associaram com o desfecho.

Na análise multivariada, mesmo após ajuste pelas demais variáveis investigadas, a prevalência de consultas médicas continuou sendo mais elevada entre as mulheres (19% maior em comparação com os homens) e os mais ricos (14% maior no quartil de maior renda em relação ao quartil de menor renda) (Tabela 1). A frequência também permaneceu mais elevada entre as pessoas com diabetes, autoavaliação negativa da saúde, fumantes e ex-fumantes e naqueles com problemas com álcool.

Em relação à natureza do serviço médico utilizado, 47,5% (IC<sub>95%</sub> 44,8-50,2) referiram o setor privado (particular ou

**Tabela 1 - Distribuição da amostra, prevalências de consultas médicas e razões de prevalências brutas e ajustadas entre consultas médicas e variáveis sócio-demográficas, estado nutricional, hábitos de vida, doenças autorreferidas e percepção de saúde. Lages, Santa Catarina, 2007.**

	Amostra total n (%)	Prevalência (IC <sub>95%</sub> )	RP <sub>bruta</sub> (IC <sub>95%</sub> )	p	RP <sub>ajustada</sub> (IC <sub>95%</sub> )	p
<b>Amostra total</b>	2022 (100,0)	76,0 (73,6-78,4)				
<b>Sexo</b>				<0,001		<0,001
Masculino			1,00		1,00	
Feminino	779 (47,8)	66,9 (62,5-71,2)	1,22 (1,14-1,31)		1,19 (1,11-1,27)	
<b>Idade</b>	1243 (52,2)	81,7 (79,3-84,0)		0,003		0,073
20-29			1,00		1,00	
30-39	623 (32,2)	73,9 (70,5-77,3)	1,00 (0,93-1,08)		1,00 (0,94-1,07)	
40-49	444 (29,7)	74,2 (69,1-79,3)	1,04 (0,96-1,11)		1,00 (0,94-1,09)	
50-59	528 (22,9)	76,5 (72,6-80,5)	1,12 (1,05-1,19)		1,05 (0,99-1,13)	
<b>Raça/cor</b>	423 (15,2)	82,9 (79,4-86,4)		0,148	*	
Pretos e pardos			1,00			
Branços	720 (36,4)	73,8 (69,3-78,2)	1,05 (0,98-1,14)			
<b>Estado civil</b>	1237 (63,6)	77,9 (75,0-80,8)		0,119	*	
Sem companheiro			1,00			
Com companheiro	607 (30,0)	73,1 (69,2-76,9)	1,06 (0,99-1,13)			
<b>Renda (salários mínimos per capita)</b>	1410 (70,0)	77,2 (73,9-80,4)		0,024		0,003
0,02-0,50			1,00		1,00	
0,51-0,88	502 (25,3)	71,4 (67,1-75,8)	1,08 (1,01-1,15)		1,09 (1,02-1,17)	
0,89-1,58	500 (25,6)	76,9 (73,0-80,9)	1,08 (1,01-1,15)		1,10 (1,03-1,18)	
1,59-19,74	515 (26,4)	77,0 (73,6-80,5)	1,10 (1,02-1,19)		1,14 (1,05-1,24)	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>	467 (22,6)	78,6 (74,6-82,5)		0,234	*	
0-4			1,00			
5-8	357 (23,0)	77,6 (71,8-83,3)	0,94 (0,88-1,02)			
9-11	571 (29,3)	73,3 (69,8-76,8)	0,97 (0,90-1,05)			
> 12	611 (31,8)	75,3 (71,6-79,0)	1,03 (0,95-1,12)			
<b>Estado nutricional</b>	456 (23,0)	79,9 (76,0-83,8)		0,096	*	
Eutrofia			1,00			
Sobrepeso	835 (43,5)	74,2 (70,6-77,9)	1,02 (0,96-1,08)			
Obesidade	672 (34,8)	75,3 (71,9-78,8)	1,06 (0,99-1,14)			
<b>Diabetes</b>	462 (21,7)	79,0 (74,2-83,8)		<0,001		<0,001
Não			1,00		1,00	
Sim	1873 (94,2)	75,1 (72,4-77,7)	1,21 (1,14-1,29)		1,13 (1,07-1,20)	
<b>Nível pressórico elevado</b>	139 (5,8)	90,8 (87,0-94,5)		0,561	*	
Não			1,00			
Sim	1459 (72,1)	75,6 (72,9-78,2)	1,02 (0,96-1,08)			
<b>Autoavaliação de saúde</b>	560 (27,9)	76,9 (72,7-81,0)		<0,001		0,001
Positiva			1,00		1,00	
Negativa	1472 (75,5)	73,4 (70,8-76,0)	1,13 (1,07-1,20)		1,11 (1,04-1,18)	
<b>Tabagismo</b>	550 (24,5)	83,3 (79,3-87,3)		0,001		0,029
Fumante			1,00		1,00	
Ex-fumante	600 (30,1)	70,5(67,4-73,7)	1,16 (1,08-1,24)		1,13 (1,04-1,24)	
Nunca fumante	326 (15,5)	81,8 (76,3-87,3)	1,09 (1,04-1,15)		1,07 (1,01-1,13)	
<b>Problemas com álcool</b>	1090 (54,4)	77,2 (74,6-79,8)		<0,001		0,031
Sim			1,00		1,00	
Não	232 (13,3)	64,5 (58,3-70,8)	1,20 (1,10-1,31)		1,12 (1,01-1,23)	

RP: Razão de prevalências; \*: removido da análise devido à perda de significância estatística na análise ajustada

convênio) e 52,5% (IC<sub>95%</sub> 49,8-55,2) o setor público. Apesar da proximidade entre esses valores na média da população investigada, observaram-se marcantes diferenças segundo a renda dos entrevistados. Pode-se observar na Figura 1 que conforme diminui a renda das pessoas aumenta a utilização do SUS para consultas médicas e, em sentido inverso, quanto mais rico o estrato populacional maior a utilização do serviço privado.

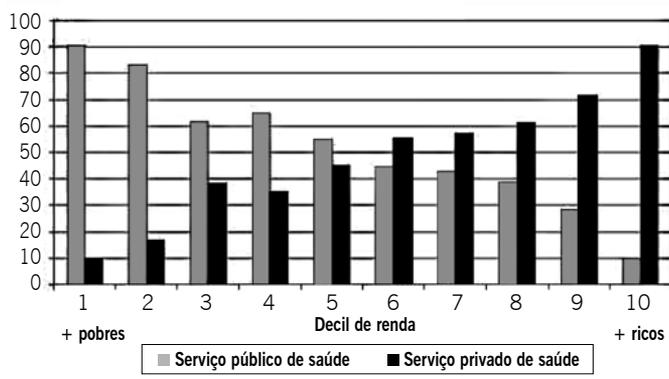
Quanto à avaliação do serviço médico utilizado, na população como um todo se observou que o serviço privado foi mais bem conceituado (92,4% o consideraram positivo) que o público

(80,4% de avaliações positivas) (Tabela 2). Observando-se os intervalos de confiança dessas medidas, percebe-se que tal diferença é estatisticamente significativa, o que também ocorreu quando analisadas as avaliações do estrato populacional mais rico. No entanto, no quartil mais pobre não houve significância estatística na avaliação dos serviços público e privado. Por fim, a proporção de pessoas que relataram ter recebido orientações de profissionais sobre cuidados com saúde foi mais elevada entre as que utilizaram o serviço privado e, dentro deste segmento, ainda maior entre as mais ricas.

**Tabela 2 - Avaliação dos serviços de saúde utilizados e proporção de pessoas que receberam orientações de profissionais sobre cuidados com saúde. Lages, Santa Catarina, 2007.**

Variáveis	Todos % (IC95%)	Quartil mais rico % (IC95%)	Quartil mais pobre % (IC95%)
Avaliação positiva do serviço público	80,4 (77,4-83,3)	78,9 (69,7-88,0)	79,9 (75,4-84,5)
Avaliação positiva do serviço privado	92,4 (90,2-94,6)	94,4 (91,7-97,2)	88,6 (81,0-96,2)
Usuários do serviço público que receberam orientações de profissionais sobre cuidados com saúde	48,2 (47,8-55,7)	41,1 (27,4-54,9)	48,7 (43,2-54,2)
Usuários do serviço privado que receberam orientações de profissionais sobre cuidados com saúde	63,9 (60,4-67,4)	71,1 (65,2-76,9)	50,4 (36,5-64,5)

**Figura 1 - Utilização de serviços públicos e privados para consultas médicas segundo decil de renda. Lages, Santa Catarina, 2007.**



## DISCUSSÃO

Estudos transversais de base populacional configuram-se como importantes ferramentas para descrever o perfil epidemiológico e de uso de serviços de saúde. No entanto, cuidados essenciais devem ser tomados a fim de se evitar distorções nos seus resultados<sup>10</sup>. Nesse sentido, no presente estudo destacam-se a alta taxa de resposta obtida (98,6%) e a seleção aleatória da amostra. Além disso, realizou-se controle de qualidade dos dados e os entrevistadores desconheciam o objetivo da pesquisa, reduzindo a chance de vieses. A sobrerrepresentação da população feminina e do estrato de maior idade foi corrigida através de análises ponderadas que seguiram a distribuição demográfica prevista para o município pelo IBGE. Por fim, cabe destacar que importante limitação dos estudos transversais é a impossibilidade em se estabelecer relações causais, uma vez que exposição e desfecho são investigados num mesmo momento, assim a possibilidade de viés da causalidade reversa não pode ser eliminada em algumas associações testadas<sup>11</sup>.

No presente estudo, a proporção de pessoas que tiveram ao menos uma consulta médica no último ano (76,0%) foi mais elevada que a descrita na média nacional, em outros municípios brasileiros e no exterior. Em Pelotas (RS), Costa et al.<sup>12</sup> relataram prevalência do desfecho igual a 70,9%, enquanto o valor no

município de Rio Grande (RS) foi de 66,0%<sup>13</sup>. Analisando-se todo o País, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio indicaram aumento da proporção da população brasileira que consultou um médico nos últimos 12 meses entre 1998 (54,7%) e 2003 (62,9%) Travassos & Castro<sup>14</sup>. No panorama internacional, tais valores oscilaram entre 60% e 70%<sup>15</sup>. Deve-se destacar, no entanto, que variações nas faixas etárias investigadas em cada estudo limitam comparações diretas.

A prevalência de consultas médicas é resultado de processos que envolvem diversos fatores e condicionantes. Um importante modulador desse fenômeno é a condição socioeconômica dos indivíduos. Em revisão sistemática sobre o assunto, Mendoza-Sassi & Béria<sup>15</sup> identificaram que a direção da associação entre essa exposição e o desfecho varia de acordo com o país investigado. No Brasil, pesquisas têm sido consistentes em identificar a existência de iniquidade no uso dos serviços de saúde. Ou seja, apesar de apresentarem maior carga de doença, e conseqüentemente necessitarem mais dos serviços de saúde, os estratos mais desprivilegiados da população têm menor frequência de consultas médicas e menor acesso a outros tipos de serviços na área<sup>16</sup>. Em consonância, no presente estudo verificou-se que a prevalência de consultas médicas foi mais elevada entre os mais ricos, porém não houve diferença quanto à escolaridade.

Também se destacou a importância do Sistema Único de Saúde para os decis mais pobres da população e a realização predominante de consultas médicas nos serviços privados entre os mais ricos. A Carta Magna de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde oficializaram no Brasil a proposta de um sistema de saúde com cobertura pública universal<sup>17</sup>. Concomitante à implementação do SUS, entretanto, ocorreu a expansão do setor privado de saúde, que incorporou essencialmente os segmentos mais ricos da população através de planos de saúde ou de pagamento direto. Dentre os motivos que levaram a essa concentração dos mais ricos no serviço privado podem ser citados o próprio acréscimo da oferta desse segmento, que nesse caso influenciaria a demanda ao mesmo tempo em que por ela é estimulada, dificuldades de acesso ao serviço público e avaliação negativa do serviço prestado. Esses dois últimos fatores são associados ao enorme aumento da população atendida pelo sistema público quando da sua universalização sem ter havido acréscimo proporcional no volume de recursos

aplicados no setor<sup>17,18</sup>. A importância da boa estruturação de um sistema público universal na assistência à saúde é expressa quando se verifica que nos países com participação mais forte do setor privado há maior desigualdade em favor dos ricos<sup>19</sup>. Questiona-se, assim, a possibilidade de acesso igualitário a cuidados profissionais em saúde quando o paciente precisar financiar os serviços prestados<sup>20</sup>. Novos estudos são necessários para esclarecer os motivos e as consequências da diferença socioeconômica na natureza dos serviços utilizados para consultas médicas e em suas avaliações.

No Brasil, pesquisadores analisaram o perfil de morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde e constataram que, tanto nos atendimentos caracterizados como curativos e, sobretudo nos preventivos, as mulheres são as maiores consumidoras<sup>21</sup>. O mesmo padrão foi observado em relação às consultas médicas na população investigada no presente estudo. Bird & Rieker<sup>22</sup> relataram que apesar da preponderância das doenças crônicas fatais entre os homens, as mulheres são portadoras de doenças de curta duração, doenças agudas e transitórias, doenças crônicas não fatais e sintomas habituais. Destaca-se também o papel social exercido pela mulher, que pode indicar aspectos subjetivos envolvidos tanto no risco do adoecimento como na frequência de consultas médicas. Este aspecto subjetivo é ressaltado como relevante na explicação do uso dos serviços de saúde. Assim, para além de indicar desigualdades no consumo médico, tais análises refletem, também, diferenças de percepções acerca da necessidade médica segundo o gênero. Ou seja, experiências sociais podem ser responsáveis por maior ou menor consumo médico<sup>15,21</sup>.

Compreender melhor o consumo dos serviços de saúde requer considerar-se que além da organização da estrutura da oferta de serviços, da facilidade ou não do acesso, e mesmo o seu custo financeiro, valores subjetivos devem ser observados. A frequência do recurso ao médico pode ser indicador de distintos comportamentos de tomada de decisão frente à percepção da doença, como as diferentes representações sociais da doença, da saúde e da cura, a criação da demanda causada pela mídia e a relação assimétrica entre o médico e o usuário<sup>23</sup>.

A maior frequência de consultas médicas entre as pessoas que fumam ou já fumaram está de acordo com estudos conduzidos na Suíça<sup>24</sup>, Suécia<sup>25</sup>, Espanha<sup>26</sup>, Coreia do Sul<sup>27</sup> e Estados Unidos da América<sup>28</sup>. No presente estudo, a RP foi, sobretudo, mais elevada entre os ex-fumantes. Tal achado pode estar relacionado ao fato de esse estrato estar mais preocupado com sua saúde, por isso do abandono do hábito de fumar e de apresentar maior frequência de consultas médicas. Outra possibilidade é que tais pessoas pararam de fumar exatamente em decorrência de alguma doença, a mesma que motiva as idas às consultas médicas. Por fim, uma possível maior carga de doenças entre os fumantes atuais pode estar impulsionando-os a apresentar maior prevalência do desfecho em relação aos nunca fumantes. De maneira similar, aqueles que relataram problema com álcool podem, por essa razão, apresentar maior necessidade de consultas médicas.

Pessoas com problemas de saúde e que avaliam negativamente seu estado geral de saúde tendem a se consultar com maior frequência com médicos para tratamento e acompanhamento<sup>28</sup>. No presente estudo, a prevalência do desfecho foi 13%

mais elevada entre as pessoas que autorreferiram diabetes e 11% maior entre aqueles que classificaram negativamente sua saúde, fenômenos também identificados em outras pesquisas<sup>29,30</sup>. No entanto, não foi verificada associação de consultas médicas com níveis pressóricos elevados, diferente da literatura. Investigações que desvelem o motivo desta não associação, identificando se há dificuldades no acesso aos serviços ou se outros condicionantes estão operando no município, são necessários.

O uso da informação em saúde e da epidemiologia deve ser entendido como ferramenta cotidiana, próxima das práticas locais e aplicável para se conhecer e acompanhar indicadores de saúde, doença e eventos relacionados a ambos. No presente estudo, diferenças e desigualdades no uso e avaliação de serviços de saúde foram identificados. Com base nesses achados políticas públicas podem ser elaboradas ou redimensionadas e pesquisas futuras devem avaliar sua efetividade e monitorar as condições de saúde da população.

## CONCLUSÃO

Existem diferenças na prevalência de consultas médicas entre os segmentos populacionais. O fato de os mais pobres utilizarem menos o serviço de saúde é especialmente preocupante por essa população apresentar maior carga de doença. O uso do Sistema Único de Saúde para a realização de consultas médicas variou acentuadamente entre os estratos socioeconômicos.

**Conflito de interesse:** não há

## SUORTE FINANCEIRO:

Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento de Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC)

## SUMMARY

### PREVALENCE OF MEDICAL VISITS AND ASSOCIATED FACTORS: A POPULATION-BASED STUDY IN SOUTHERN BRAZIL

**OBJECTIVE.** describe the prevalence of medical visits and associated factors in an adult population of a midsized town in Southern Brazil.

**METHODS.** a population-based cross-sectional study was carried out in a representative random cluster sampling in Lages, Santa Catarina. The reference population were adults (aged 20 to 59 years) and 2,022 persons were queried. The outcome was medical visits during twelve months prior to the survey. Information related to kind of service (public/private) and evaluation of this service were also collected. The independent variables were gender, race/skin color, marital status, income, educational background, health self-perception, nutritional state, self-reported diabetes, hypertension, smoking and alcohol problems. Poisson regression was carried out and the Prevalence Rate was obtained.

**RESULTS.** the prevalence of medical visits was 76.0% (CI95% 73.6-78.4). Women, the wealthier, those who have diabetes, smokers, ex-smokers, those with alcohol problems, also those who evaluated their health negatively, reported a greater prevalence of medical visits. It was also observed that among lower income people, medical visits to the Public Health System (Sistema Único de Saúde) were more frequent..

*CONCLUSION. Prevalence of medical visits varied according to the population queried. Health policies at the three government levels must acknowledge such inequality to subsidize actions in the sector to propose equanimous policies. [Rev Assoc Med Bras 2010; 56(1): 41-6 ]*

KEY WORDS: Delivery of Health Care. Office Visits. Socioeconomic Factors. Epidemiology. Single Health System.

## REFERÊNCIAS

- Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(6):1027-34.
- Costa NR. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(5):1453-62.
- Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad Saúde Pública. 2001;17(4):819-32.
- Regidor E, Martínez D, Calle ME, Astasio P, Ortega P, Domínguez V. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. BMC Health Serv Res. 2008;8:183.
- Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(4):607-21.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Sistema IBGE de recuperação automática. [citado 22 set 2008]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>.
- Munarin A. Educação e esfera pública na serra catarinense: a experiência política do plano regional de educação (1993-1996). Florianópolis: Centro de Ciências da Educação/Núcleo de Publicações; 2000.
- Masur J, Monteiro M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian psychiatry inpatient hospital setting. J Biol Res. 1983;16(2):215-8.
- Viacava F, Dachs N, Travassos C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema de Informações em Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(4):863-9.
- Rothman KJ, Greenland S. Modern Epidemiology. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 1998
- Costa JSD, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RS, Piccinini F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. Rev Saúde Pública. 2008;42(6):1074-84.
- Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. Rev Saúde Pública. 2003;37(3):372-8.
- Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad Saúde Pública. 2001;17(4):819-32.
- Negri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad Saúde Pública 2002;18(Suppl):77-87.
- Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(2):585-98.
- Faveret Filho P, Oliveira P. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Dados Rev Ciênc Sociais. 1990;33(2):257-83.
- Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ. 2006;174(2):177-83.
- Lostao L, Regidor E, Geyer S, Aiach P. Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: findings in three Western European countries. J Epidemiol Community Health. 2007;61(5):416-20.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(4):687-707.
- Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding mens and womens health. Soc Sci Med. 1999;48(6):745-55.
- Luz M T. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. Rev Bras Saúde Família. 2008;9(1):38-50.
- Gutzwiller F, La Vecchia C, Levi F, Negri E, Wietlisbach V. Smoking, prevalence of disease and health service utilization among the Swiss population. Rev Epidemiol Sante Publique. 1989;37(2):137-42.
- Freeborn DK, Mullooly JP, Pope CR, McFarland BH. Smoking and consistently high use of medical care among older HMO members. Am J Public Health. 1990;80(5):603-5.
- Artalejo FR, Manzano BA, Guallar-Castillón P, Mendizabal MTP, Enríquez JG, Calero JR. The Association of tobacco and alcohol consumption with the use of health care services in Spain. Prev Med. 2000;31(5):554-61.
- Jee SH, Kim IS, Suh I. The effect of smoking on health service utilization. Yonsei Med J. 1993;34(3):223-33
- Saez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria: evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. Gac Sanit. 2003;17(5):412-419.
- Costa JD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. Rev Saúde Pública. 1997;31(4):360-9.
- Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. Rev Saúde Pública. 2006;40(3):436-43.

---

Artigo recebido: 11/04/09  
Aceito para publicação: 27/09/09

---