



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Nader Bastos, Gisele Alsina; Firpo Del Duca, Giovâni; Curi Hallal, Pedro; Santos, Iná S

Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil

Revista de Saúde Pública, vol. 45, núm. 3, junio, 2011, pp. 475-484

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240191005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Gisele Alsina Nader Bastos^I

Giovâni Firpo Del Duca^{II}

Pedro Curi Hallal^{III}

Iná S Santos^{III}

Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil

Utilization of medical services in the public health system in the Southern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência e analisar fatores associados à utilização de serviços médicos no sistema público de saúde.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional, com 2.706 indivíduos de 20 a 69 anos, de Pelotas, RS, em 2008. Foi adotada amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao número de domicílios por setor. O desfecho foi definido pela combinação das perguntas relacionadas à consulta médica nos últimos três meses e local. As variáveis de exposição foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, internação hospitalar auto-referida no último ano, existência de médico definido para consultar, autopercepção de saúde e o principal motivo da última consulta. A análise descritiva foi estratificada por sexo e a estatística analítica incluiu o uso do teste de Wald para tendência e heterogeneidade na análise bruta e regressão de Poisson com variância robusta na análise ajustada, levando-se em consideração a amostragem por conglomerados.

RESULTADOS: A prevalência de utilização de serviços médicos nos últimos três meses foi de 60,6%, quase a metade (42,0%, IC95% 36,3;47,5) em serviços públicos. Os serviços públicos mais utilizados foram os postos de saúde (49,5%). Na análise ajustada e estratificada por sexo, homens com idade avançada e mulheres mais jovens tiveram maior probabilidade de utilizarem os serviços médicos no sistema público. Em ambos os sexos, baixa escolaridade, renda familiar *per capita*, inexistência de médico definido para consultar e internação hospitalar no último ano estiveram associados ao desfecho.

CONCLUSÕES: Apesar de expressiva redução na utilização de serviços médicos de saúde no sistema público nos últimos 15 anos, os serviços públicos têm atingido uma parcela anteriormente desassistida (indivíduos com baixa renda e escolaridade).

DESCRIPTORIOS: Serviços de Saúde, utilização. Cobertura de Serviços Públicos de Saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Fatores Socioeconômicos. Estudos Transversais.

^I Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

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

Correspondência | Correspondence:

Gisele Alsina Nader Bastos
R. Sarmento Leite, 245
Sala 411 – Centro
90050-170 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: gnader@terra.com.br

Recebido: 7/6/2010
Aprovado: 14/11/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence and analyze factors associated with the utilization of medical services in the public health system.

METHODS: Cross-sectional population-based study with 2,706 individuals aged 20-69 years carried out in Pelotas, Southern Brazil, in 2008. A systematic sampling with probability proportional to the number of households in each sector was adopted. The outcome was defined by the combination of the questions related to medical consultation in the previous three months and place. The exposure variables were: sex, age, marital status, level of schooling, family income, self-reported hospital admission in the previous year, having a regular physician, self-perception of health, and the main reason for the last consultation. Descriptive analysis was stratified by sex and the analytical statistics included the use of the Wald test for tendency and heterogeneity in the crude analysis and Poisson regression with robust variance in the adjusted analysis, taking into consideration cluster sampling.

RESULTS: The prevalence of utilization of medical services in the three previous months was 60.6%, almost half of these (42.0%, 95%CI: 36.6;47.5) in public services. The most utilized public services were the primary care units (49.5%). In the adjusted analysis stratified by sex, men with advanced age and young women had higher probability of using the medical services in the public system. In both sexes, low level of schooling, low *per capita* family income, not having a regular physician and hospital admission in the previous year were associated with the outcome.

CONCLUSIONS: Despite the expressive reduction in the utilization of medical health services in the public system in the last 15 years, the public services are now reaching a previously unassisted portion of the population (individuals with low income and schooling).

DESCRIPTORS: Health Services, utilization. State Health Care Coverage. Health Services Needs and Demand. Socioeconomic Factors. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) deu início à estruturação do sistema público de saúde brasileiro. Oficializado a partir da promulgação da sétima Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o SUS instituiu princípios e diretrizes, assumindo o compromisso de considerar a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Ao longo dos últimos anos, o SUS passou por transformações importantes, centradas na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF).^a Inicialmente formulado como programa, passou a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de 1997, com o desafio de promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua nas comunidades.

Para que a atenção à saúde possa seguir os princípios do SUS, são necessárias avaliações de objetivos e metas das políticas públicas de saúde alcançados. De acordo com Santos & Victora,¹¹ a qualidade da atenção à saúde oferecida às populações é uma questão ética. Não é ético oferecer cuidados cujo impacto não tenha sido cientificamente comprovado, ou cuja qualidade seja inferior aos padrões recomendados. Nesse sentido, abrem-se, nos serviços de saúde, duas áreas de pesquisa com naturezas complementares: investigações que testem a eficácia de novos procedimentos ou estratégias de cuidado e investigações que avaliem o resultado dessas intervenções sobre a saúde dos usuários e da população como um todo.¹¹

As políticas públicas em saúde devem apoiar-se em informações objetivas respaldadas por evidências científicas. A Saúde Pública e a Epidemiologia têm

^a Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Saúde dentro de casa. Brasília; 1994.

importante papel no desenvolvimento de pesquisas e coleta de informações oriundas dos sistemas de vigilância, que possibilitam a avaliação sistemática de magnitude, escopo, características e consequências das doenças. Os inquéritos em saúde também informam gestores de políticas públicas sobre os principais problemas e as iniquidades vividos pela população. A tradução de evidências científicas para políticas e práticas é fundamental para proteção dos usuários.⁶

Dentre os fatores que levam a população a utilizar os serviços de saúde, sexo feminino e idade avançada estão bem estabelecidos na literatura.^{2,3,7} Por outro lado, a associação entre uso de serviços de saúde e outras variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamento, como estado civil, renda familiar, escolaridade e a existência de médico de referência para consultar, ainda é controversa e varia conforme a localidade de origem dos dados. Nesse sentido, é preciso que os gestores, orientados por informações representativas da comunidade, definam prioridades administrativas para a provisão de infra-estrutura e atendimento adequado à população.

O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência e identificar fatores associados à utilização de serviços médicos no sistema público de saúde.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional com amostra de indivíduos de 20 a 69 anos da zona urbana de Pelotas, RS, de outubro de 2007 a janeiro de 2008. Este estudo é parte de um grande inquérito de saúde para estimar a prevalência de doenças e agravos não-transmissíveis, hábitos de vida, conhecimentos, acesso e utilização de serviços de saúde. Pelotas possui aproximadamente 339 mil habitantes e, à época do estudo, sua estrutura de saúde era constituída de uma rede de Atenção Primária com 37 Unidades Básicas de Saúde, das quais 17 contavam com ESF. A atenção secundária era representada por seis ambulatorios, seis centros de atenção psicossocial e um pronto-socorro. O nível terciário era formado por cinco hospitais gerais.

Os seguintes parâmetros e estimativas foram empregados para o cálculo amostral: nível de 95% de confiança, erro aceitável de três pontos percentuais, prevalência de consultas médicas no sistema público de saúde nos últimos três meses de 50% e adicional de 10% para perdas e recusas. Considerando a média de dois adultos por domicílio, foi necessário incluir, no mínimo, 1.309 residências no estudo. Portanto, a amostra estimada para prevalência de consultas médicas no sistema público de saúde nos últimos três meses foi de 2.616 indivíduos.

O processo amostral foi realizado por conglomerados em dois estágios, tendo como unidades amostrais primárias os setores censitários definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística^b no censo de 2000 e, como unidades amostrais secundárias, os domicílios. Foi adotada a estratégia de amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao número de domicílios do setor. Os 404 setores censitários residenciais da cidade foram listados em ordem crescente, conforme a renda média mensal do chefe da família. A seleção de domicílios foi realizada dentro da seguinte lógica: dividimos o número total de domicílios de cada setor pelo número de domicílios a serem alcançados, obtendo o valor de “pulo”. A seguir, realizou-se o sorteio de um número situado entre o número do “pulo”, e esse foi o primeiro domicílio do setor a ser incluído. Por fim, adicionamos o valor do “pulo” até o final do percurso do setor. Em virtude da possível desatualização dos dados populacionais, foi realizada atualização dos setores sorteados, a partir da contagem do número de domicílios. Em cada setor sorteado, em média 11 domicílios foram amostrados. Ao final, 126 setores e 1.534 domicílios foram incluídos no estudo, 12 deles excluídos por serem ocupados exclusivamente por moradores menores de 20 anos.

O desfecho “consulta médica no sistema público de saúde nos últimos três meses” foi definido pela combinação de duas perguntas: “Desde <três meses atrás>, quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com médico?” e “Onde o(a) Sr.(a) consultou pela última vez?”. Foram consideradas consultas médicas no sistema público de saúde aquelas realizadas em postos de saúde, ambulatorios das duas faculdades de medicina da cidade e dos hospitais, pronto-socorro, centro de especialidades e centros de atenção psicossocial. Optou-se pelo intervalo de três meses precedentes à entrevista com o intuito de minimizar o erro de recordatório e para garantir a comparabilidade com os achados de outros trabalhos recentemente publicados.^{2,3}

As variáveis de exposição avaliadas foram: sexo; idade (anos completos); estado civil; escolaridade (anos completos); renda familiar (salários mínimos); internação hospitalar auto-referida no último ano; existência de médico definido para consultar (consulta há, pelo menos, dois anos com o mesmo médico); autopercepção de saúde e o principal motivo da última consulta. A variável motivo de consulta foi coletada de forma aberta e posteriormente categorizada em problema agudo, crônico, administrativo ou consulta de caráter preventivo. Essa categorização foi realizada independentemente por dois médicos de família e comunidade. Os casos discordantes eram analisados por um terceiro avaliador.

^b Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados da Amostra do Censo Demográfico, 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro; 2004.

Depois de aplicar estatística descritiva estratificada por sexo, em virtude da diferença de utilização de serviços de saúde entre os sexos,^{2,3} a estatística analítica incluiu o uso do teste de Wald para tendência e heterogeneidade na análise bruta e regressão de Poisson com variância robusta na análise ajustada, levando-se em consideração a amostragem por conglomerados. Para a modelagem estatística, adotou-se a estratégia de seleção para trás e $p \leq 0,20$ para permanência no modelo, para controle de confusão. A Figura 1 apresenta o modelo de análise utilizado para avaliação de possíveis associações entre as variáveis independentes e a consulta médica no sistema público de saúde.

A coleta dos dados foi realizada a partir de questionário padronizado e pré-codificado aplicado por 30 entrevistadoras devidamente treinadas. Perdas e recusas foram definidas após o insucesso de entrevista em pelo menos três visitas ao domicílio, em dias e horários distintos. O controle de qualidade foi efetuado pela revisita em 10% da amostra, com aplicação de versão simplificada do instrumento de pesquisa.

Após revisão e codificação, os questionários foram duplamente digitados utilizando o *software* EpiInfo, versão 6.04, com checagem automática de inconsistências. A análise dos dados foi realizada no programa Stata 9.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob protocolo OF089/07, em 17 de outubro de 2007.

RESULTADOS

De 2.884 sujeitos elegíveis para o estudo, 178 (6,2%) foram considerados perdas ou recusas. A maioria da amostra era do sexo feminino (56,7%) e tinha companheiro(a) (62,5%). A média de idade foi de 41,1 anos (desvio padrão – dp = 13,7) e mais de 80% dos entrevistados tinha grau de instrução até o ensino médio completo. A amostra de homens e mulheres foi semelhante para características demográficas e socioeconômicas, exceto pelo predomínio de mulheres com idade mais avançada do que homens, e de homens casados ou com companheira (Tabela 1).

A prevalência de utilização de serviços médicos de saúde nos últimos três meses foi de 60,6% ($n = 1.249$). Destes, 521 indivíduos (42%) referiram consultar-se no sistema público. A prevalência geral de consulta em serviços de saúde público nos últimos três meses foi de 42,0% (IC95%: 36,6;47,5). Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os sexos, com prevalência de consultas médicas de 45,6% (IC95%: 39,3;52,0) e 35,1% (IC95%: 29,3;41,0%) entre mulheres e homens, respectivamente.

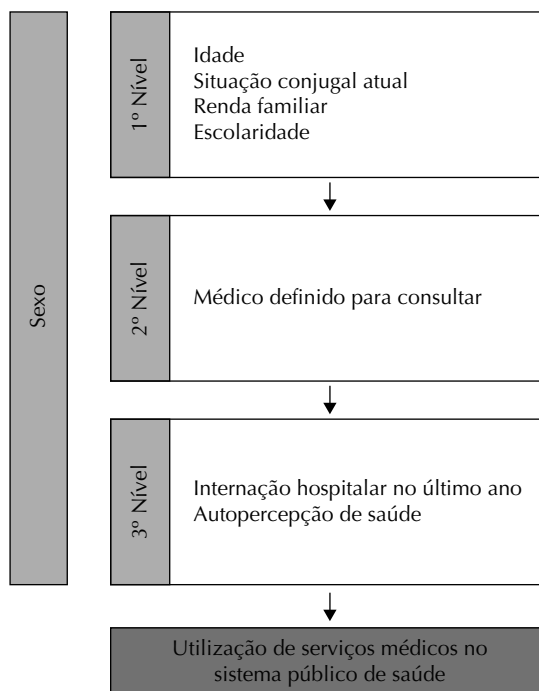


Figura 1. Modelo de análise da utilização de serviços médicos no sistema público de saúde. Pelotas, RS, 2008.

Os serviços públicos mais utilizados na última consulta médica foram os postos de saúde (49,5%) e os ambulatórios das faculdades de medicina e dos hospitais (18,2% cada), seguidos pelo pronto-socorro (8,6%). Também não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Foram relatadas 331 respostas diferentes para motivos de consulta, agrupadas em motivos agudos ($n = 165$), crônicos ($n = 119$), preventivos ($n = 40$) e de caráter administrativo ($n = 7$). Dentre os motivos agudos, os mais relatados foram dor na coluna e dor articular (2,1% das consultas cada). Dentre os motivos crônicos, consultas por hipertensão arterial (10%) e depressão (3,6%) foram as mais frequentes. Das consultas de prevenção, as mais comuns foram as ginecológicas (4%) e as de *check up* (2,4%) (Figura 2).

Na análise bruta, para o sexo masculino, o desfecho esteve diretamente associado ao aumento da idade ($p = 0,002$) e inversamente associado à escolaridade, renda familiar *per capita* e autopercepção de saúde ($p < 0,001$). A probabilidade de consultar-se no sistema público foi 59% maior entre indivíduos sem médico definido para consultar quando comparado àqueles que referiram ter um médico de referência ($p = 0,01$). Homens que relataram internação no último ano se consultaram mais do que aqueles que não foram internados ($p = 0,02$). Por sua vez, na análise ajustada, permaneceram estatisticamente significativas e na mesma direção as associações entre o desfecho e as variáveis idade, escolaridade,

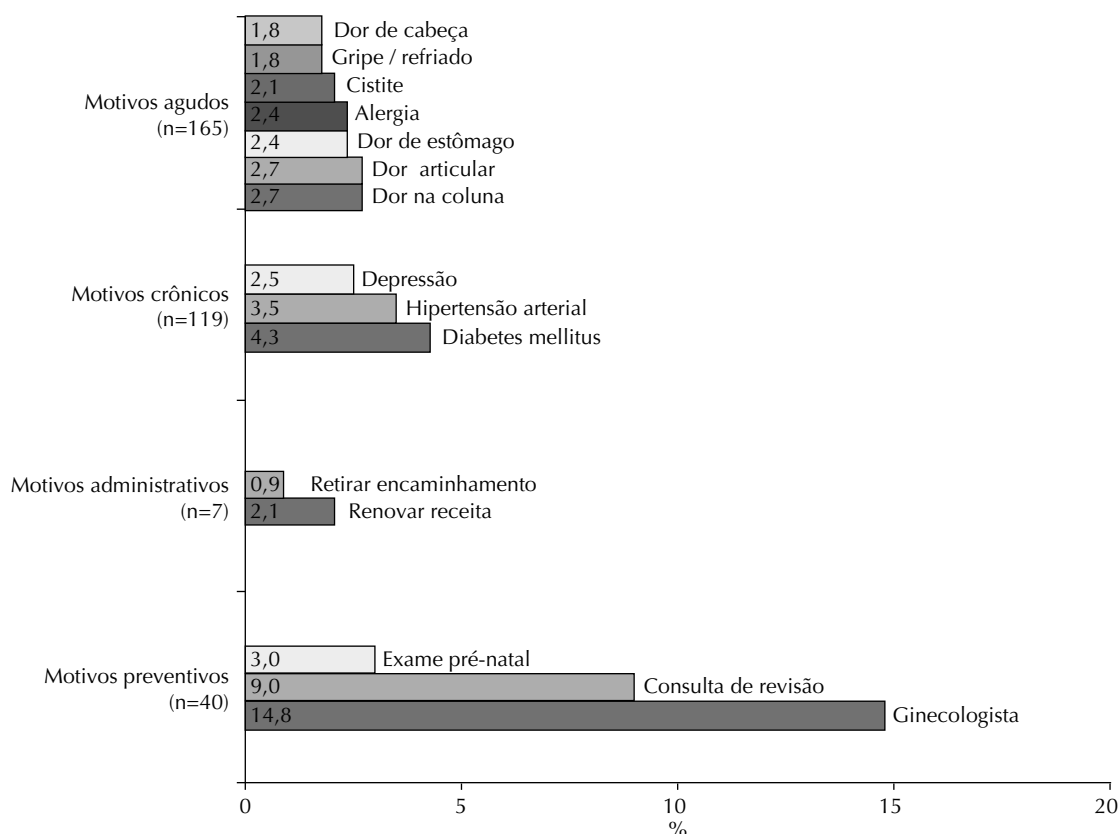


Figura 2. Principais motivos de consulta nos serviços públicos de saúde nos últimos três meses (n = 331 motivos). Pelotas, RS, 2008.

renda familiar, médico de referência para consultar e internação hospitalar (Tabela 2).

A utilização de serviços públicos esteve inversamente associada a escolaridade, renda familiar e autopercepção de saúde para o sexo feminino na análise bruta (Tabela 3). Mulheres que referiram não ter um médico definido para consultar apresentaram probabilidade 64% maior de se consultarem quando comparadas às mulheres que relataram ter um médico de referência. Na análise ajustada, estiveram associados ao desfecho a diminuição da faixa etária, menores níveis de escolaridade e renda familiar *per capita*, não possuir médico definido para consultar e ter sofrido internação hospitalar no último ano.

DISCUSSÃO

A prevalência de consulta médica no sistema público de saúde de Pelotas diminuiu nos últimos 15 anos. Estudo de base populacional³ conduzido em amostra de 1.500 indivíduos de março a junho de 1992 observou prevalência de 50% de consultas médicas no sistema público e filantrópico; no presente estudo, a prevalência

foi de 42% ($p < 0,001$). Este estudo empregou a mesma logística de seleção da amostra e a mesma metodologia de coleta de dados, o que reforça a comparabilidade dos resultados de prevalência de uso de serviços públicos em Pelotas. Uma das possíveis explicações para essa redução de consultas no sistema público é o aumento da cobertura de planos de saúde na cidade nos últimos 15 anos. Em 2005, estimou-se 43,8% de cobertura de plano de saúde entre indivíduos adultos na cidade.⁴

O presente estudo não encontrou diferenças na utilização dos serviços médicos entre os sexos. Esse dado discorda da maior parte dos estudos nacionais e internacionais sobre o uso de serviços de saúde públicos ou privados que relatam maior utilização de consultas médicas entre as mulheres.^{2,3,7} Homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, o que tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. Diante disso, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em 2009, que visa qualificar a saúde da população masculina.^c

^c Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília; 2009.

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas conforme sexo. Pelotas, RS, 2008.

Variável	Total		Homens (n = 1.172)		Mulheres (n = 1.534)		p ^a
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos completos)							0,02
20 a 29	707	26,1	328	28,0	379	24,7	
30 a 39	584	21,6	254	21,7	330	21,5	
40 a 49	593	21,9	265	22,6	328	21,4	
50 a 59	497	18,4	210	17,9	287	18,7	
60 a 69	325	12,0	115	9,8	210	13,7	
Situação conjugal							< 0,001
Com companheiro(a)	1.692	62,5	796	68,0	896	58,4	
Sem companheiro(a)	1.013	37,5	375	32,0	638	42,6	
Escolaridade (anos completos)							0,19
0 a 4	540	20,0	225	19,2	315	20,5	
5 a 8	874	32,3	398	34,0	476	31,0	
9 a 11	761	28,1	336	28,7	425	27,8	
≥ 12	531	19,6	213	18,2	318	20,7	
Renda familiar (salários mínimos) ^b	1.893	75,5					0,35
0 a 5	286	11,4	807	74,7	1.086	76,2	
5,1 a 8	327	13,1	120	11,1	166	11,6	
> 8	707	26,1	153	14,2	174	12,2	

^a Qui-quadrado de Pearson.^b Variável com maior número de observações ignoradas para homens (n = 92) e mulheres (n = 108).

Indivíduos de 60 a 69 anos relataram maior utilização do sistema privado e conveniado em comparação ao público, mesmo após ajuste para renda, em análises descritivas complementares. Isso é mais evidente entre as mulheres, pois se observa tendência inversa entre faixa etária e utilização do sistema público de saúde. O aumento da cobertura de planos de saúde pode ser uma das possíveis explicações para essa inversão. Estudo publicado por Fernandes et al⁵ mostrou que, apesar de a unidade de saúde da família possuir demanda programada e ser responsável pelas pessoas pertencentes à sua área de abrangência,^d praticamente metade dos pacientes optou por não procurar a unidade do seu bairro. Essa escolha poderia estar motivada pela demanda de mercado, muitas pessoas que não utilizaram a unidade de saúde da família local eram cobertas por plano de saúde ou estavam em nível socioeconômico mais favorável, gerando condições de escolha e compra de serviços.⁵

Maior prevalência de consultas médicas foi observada entre homens casados ou com companheira (37,1%), quando comparados aos solteiros ou sem companheiras (30,7%), apesar de essa diferença não ter sido estatisticamente significativa (p = 0,62). Em 2004, Parslow levantou a hipótese de que homens casados ou com

companheira são influenciados por suas parceiras para maior procura de serviços médicos,⁹ mas a literatura sobre essa associação permanece controversa.

A renda familiar e a escolaridade mantiveram-se inversamente associadas à utilização do sistema público de saúde, mesmo após análise ajustada, fato esse também evidenciado em estudo anterior na mesma localidade.³ A associação inversa entre renda, escolaridade e utilização de serviços públicos pode ser explicada por por que a escolha e o uso do tipo de serviço de saúde variam conforme nível socioeconômico, além da ampliação do sistema público, que tem atingido uma parcela da população anteriormente desassistida.^{3,5}

Um dos atributos da Atenção Primária à Saúde postulados por Starfield¹² é a continuidade do cuidado, influenciada diretamente pela existência de um médico de referência que conheça o indivíduo, sua família e o contexto social no qual está inserido. Mendoza-Sassi & Beria,⁸ em estudo de base populacional, mostraram que ter um médico de referência estava associado à probabilidade 51% maior de ter realizado exame clínico de mama e 62% maior de ter feito prevenção do câncer de colo durante o último ano, em comparação a mulheres sem médico de referência. Entre os homens,

^d Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção básica e a saúde da família. Brasília; 2004 [citado 2007 fev 6]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php

Tabela 2. Descrição, análise bruta e ajustada dos homens usuários de serviços médicos públicos nos últimos três meses. Pelotas, RS, 2008.

Variável	Utilização de serviço médico público		Análise bruta		Análise ajustada	
	n	%	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Idade (anos completos)				0,002*		0,04*
20 a 29	30	26,3	1		1	
30 a 39	25	25,8	0,98 (0,58;1,67)		0,95 (0,60; 1,49)	
40 a 49	32	41,6	1,58 (1,03;2,42)		1,36 (0,88;2,10)	
50 a 59	38	46,3	1,76 (1,14; 2,71)		1,26 (0,81;1,98)	
60 a 69	25	43,9	1,66 (1,03;2,69)		1,46 (0,97;2,21)	
Situação conjugal				0,26		0,62
Com companheiro(a)	112	37,1	1,21 (0,86;1,69)		1,09 (0,78;1,52)	
Sem companheiro(a)	38	30,7	1		1	
Escolaridade (anos completos)				< 0,001*		< 0,001*
0 a 4	45	62,5	6,94 (3,03;15,90)		2,98 (1,48;6,00)	
5 a 8	58	47,9	5,32 (2,35;12,06)		2,46 (1,20;5,04)	
9 a 11	38	28,4	3,15 (1,36;7,29)		1,80 (0,89;3,67)	
≥ 12	9	9,0	1		1	
Renda familiar (salários mínimos)				< 0,001*		< 0,001*
0 a 5	132	47,1	16,5 (3,8;71,54)		10,83 (2,56;45,82)	
5,1 a 8	8	17,3	6,09 (1,21;30,47)		5,11 (1,04;25,15)	
> 8	2	2,9	1		1	
Médico definido para consultar				0,01		0,009
Não	109	40,8	1,59 (1,11;2,29)		1,55 (1,12;2,15)	
Sim	41	25,6	1		1	
Internação hospitalar (último ano)				0,02		0,04
Não	125	33,1	1		1	
Sim	25	51,0	1,54 (1,08;2,21)		1,34 (1,02;1,75)	
Autopercepção de saúde				< 0,001*		0,22*
Excelente/muito boa	32	27,4	1		1	
Boa	45	24,5	0,89 (0,59;1,35)		0,67 (0,45;0,99)	
Regular/ruim	73	57,9	2,12 (1,46;3,08)		1,13 (0,73;1,75)	

RP: razão de prevalências; IC95%: intervalo de 95% de confiança

* Tendência linear

para o mesmo período, a probabilidade de ter realizado exame de próstata aumentou em 98%. A prevalência de ter médico de referência no Brasil é baixa (37%) e associada diretamente a fatores socioeconômicos.⁸ Mais de 70% dos homens que tiveram consultas relataram ter um médico de referência no presente estudo. Isso parece ter influenciado de forma positiva a prevalência de consultas, ainda que essa variável não tenha mantido sua associação com o desfecho após a análise ajustada entre os homens ($p = 0,009$).

Observou-se associação positiva entre relato de internação hospitalar no último ano e utilização do sistema público de saúde para ambos os sexos. Resultados semelhantes foram relatados por Capilheira et al, que mostraram probabilidade 46% maior de consulta

médica entre os indivíduos hospitalizados no sistema público, conveniado ou privado.²

Mais da metade dos indivíduos que referiram consultas nos três últimos meses classificou sua saúde como regular ou ruim, porém essa associação perdeu a significância estatística após análise ajustada entre homens e entre mulheres. Outro estudo realizado em Pelotas mostrou que a tendência de consultas médicas em excesso (mais do que quatro consultas em um ano) estava associada à pior autopercepção de saúde, mesmo após ajuste ($p < 0,001$).²

Metade das consultas médicas do sistema público de saúde foi realizada nos postos de saúde, seguidas pelos ambulatorios de faculdades, especialidades e

Tabela 3. Descrição, análise bruta e ajustada das mulheres usuárias de serviços médicos públicos nos últimos três meses. Pelotas, RS, 2008.

Variável	Utilização de serviço médico público		Análise bruta		Análise ajustada	
	n	%	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Idade (anos completos)				0,64		< 0,001*
20 a 29	86	46,0	1		1	
30 a 39	72	43,4	0,94 (0,72;1,23)		0,95 (0,74;1,20)	
40 a 49	82	52,9	1,15 (0,89;1,48)		0,95 (0,77;1,16)	
50 a 59	74	43,5	0,94 (0,72;1,25)		0,72 (0,57;0,91)	
60 a 69	57	42,2	0,92 (0,67;1,25)		0,61 (0,47;0,79)	
Situação conjugal atual				0,48		0,29
Com companheiro(a)	212	44,4	0,94 (0,79;1,12)		0,91 (0,77;1,08)	
Sem companheiro(a)	159	47,3	1		1	
Escolaridade (anos completos)				< 0,001*		< 0,001*
0 a 4	120	73,6	7,22 (4,76;10,95)		4,46 (2,78;7,17)	
5 a 8	145	61,9	6,08 (4,09;9,04)		3,54 (2,25;5,58)	
9 a 11	85	40,5	3,97 (2,61;6,04)		2,33 (1,46;3,71)	
≥ 12	21	10,2	1		1	
Renda familiar (salários mínimos)				< 0,001*		< 0,001*
0 a 5	317	59,0	5,68 (3,07;10,51)		3,32 (1,73;6,38)	
5,1 a 8	20	21,7	2,09 (0,83;5,27)		1,76 (0,72;4,30)	
> 8	13	10,4	1		1	
Médico definido para consultar				< 0,001		0,001
Não	219	58,2	1,64 (1,34;2,02)		1,33 (1,13;1,56)	
Sim	159	35,4	1		1	
Internação hospitalar (último ano)				0,16		0,02
Não	314	44,5	1		1	
Sim	57	53,3	1,20 (0,93;1,54)		1,32 (1,05;1,64)	
Autopercepção de saúde				< 0,001*		0,08
Excelente/muito boa	47	24,9	1		1	
Boa	136	43,7	1,76 (1,35;2,29)		1,14 (0,86;1,53)	
Regular/ruim	187	59,9	2,41 (1,81;3,21)		1,26 (0,95;1,67)	

RP: razão de prevalências; IC95%: intervalo de 95% de confiança

* Tendência linear

o pronto-socorro (46%). Essa elevada prevalência de consultas em ambulatorios de faculdades pode ser atribuída à existência de duas faculdades de medicina na cidade, o que, usualmente, complementa a assistência à saúde, aumentando a prevalência de consultas no sistema público. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003, os serviços de atenção primária (postos e centros de saúde) foram responsáveis por 9,8 milhões de atendimentos (39,1%) na quinzena anterior à entrevista, seguidos dos ambulatorios de clínicas, empresas, sindicatos e hospitais, além do pronto-socorro, com 7,6 milhões de atendimentos (30,3%), e os consultórios particulares, com 6,9 milhões

de atendimentos (27,3%). As farmácias foram referidas como local de 378 mil atendimentos (1,5%).^e

White et al¹⁵ mostrou que, em uma população de 1 mil pessoas com 15 anos ou mais, após o período de um mês, 750 terão problemas de saúde. A maior parte lidará com os seus problemas sem procurar o médico, 250 procurarão o médico generalista, das quais apenas cinco serão encaminhadas para o nível secundário (ambulatorios e pronto-socorro) e nove, para o nível terciário de atenção à saúde (hospitais). Apesar de os postos de saúde constituírem a metade dos locais de consulta mencionados neste estudo, não podemos afirmar que foram utilizados como porta de entrada do

^e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003. Rio de Janeiro; 2005.

SUS, pois o estudo não avaliou se a consulta era de início de processo ou de continuidade de atendimento em um sistema de referência.

As consultas por problemas agudos foram superiores às demais em ambos os sexos. Estudo de diagnóstico de demanda realizado no Serviço de Saúde Comunitária de Porto Alegre, RS, apresentou resultados bastante semelhantes aos do atual. Os principais motivos de consulta por doença crônica eram hipertensão arterial sistêmica e depressão; entre os motivos agudos, dor lombar e infecção de via aérea superior; e, quanto à prevenção, exames ginecológicos e pré-natal.¹³

Os motivos que levam os indivíduos a escolher um ou outro local como porta de entrada do SUS não foram explorados no atual estudo. Uma avaliação anterior, na mesma cidade, sobre os critérios utilizados pelas gestantes para escolha de onde fazer o acompanhamento pré-natal, mostrou que a escolha dos postos de saúde era atribuída apenas à proximidade geográfica.¹⁰ As mães que referiam a qualidade do cuidado pré-natal como critério de escolha não optavam pelo acompanhamento nos postos de saúde da cidade. Tal decisão é explicada por dois estudos sobre a qualidade da atenção pré-natal

em Pelotas, que apontam a qualidade das consultas no setor público como pior do que nas consultas por convênios ou particulares.^{1,14}

O curto período de recordatório utilizado, o delineamento de base populacional com estratégia de amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao número de domicílios do setor, o baixo percentual de perdas/recusas e a fonte primária de dados fortalecem a validade interna do estudo e a capacidade de generalização de seus achados no planejamento dos serviços de saúde de outras cidades brasileiras de porte médio.

O presente estudo mostra que são necessárias medidas no sistema local de saúde para qualificar a atenção visando melhorar a captação da atenção primária do município, bem como a qualidade do atendimento prestado à população. A promoção do médico de referência na população, por exemplo, é uma medida capaz de melhorar o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da atenção, especialmente nos grupos mais pobres. O princípio da equidade parece ser satisfeito, uma vez que a maior parte dos usuários do sistema público de saúde pertence às classes sociais menos favorecidas e possui baixo grau de escolaridade.

REFERÊNCIAS

1. Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet*. 2005;365(9462):847-54. DOI:10.1016/S0140-6736(05)71042-4
2. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica*. 2006;40(3):436-43. DOI:10.1590/S0034-89102006000300011
3. Dias da Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saude Publica*. 1997;31(4):360-9. DOI:10.1590/S0034-89101997000400005
4. Duro LN, Assunção MC, Dias da Costa JS, Santos IS. Desempenho da solicitação do perfil lipídico entre os setores público e privado. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):82-8. DOI:10.1590/S0034-89102008000100011
5. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Health service use in a population covered by the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy). *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):595-603. DOI:10.1590/S0034-89102009005000040
6. Malta DC, Cesáreo AC, Moura L; Morais Neto OL; Silva Jr JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2006;15(3):47-65.
7. Mendoza-Sassi R, Beria JU, Barros AJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):372-8. DOI:10.1590/S0034-89102003000300017
8. 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;19(5):1257-66. DOI:10.1590/S0102-311X2003000500004
9. Parslow R, Jorm A, Christensen H, Jacomb P, Rodgers B. Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older Australians. *Soc Sci Med*. 2004;59(10):2121-9. DOI:10.1016/j.socscimed.2004.03.018
10. Santos IS, Baronil RC, Minotto I, Klumb, AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saude Publica*. 2000;34(6):603-9. DOI:10.1590/S0034-89102000000600007
11. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Supl 2):337-41. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800027
12. Starfield B. Atenção primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
13. Tartarotti HI, Costa M, Vincentim B, Vargas J, Takeda S. Estudo de demanda ambulatorial. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição 1999. Apud Duncan BB, Schmidt M, Giugliani ER. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3 ed. São Paulo: Artmed S.A; 2004.
14. Victora C, Matijasevich A, Silveira M, Santos I, Barros A, Barros F. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan*. 2010;25(4):253-61.
15. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961;265:885-92. DOI:10.1056/NEJM196111022651805

Trabalho baseado na dissertação de mestrado de Bastos GAN apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas em 2008.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.