



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**JULIANA REGINA DESTRO**

**PREVALÊNCIA DE CONSULTAS MÉDICAS NOS ÚLTIMOS  
TRÊS MESES EM IDOSOS E FATORES CAPACITANTES,  
PREDISPONENTES E DE NECESSIDADE ASSOCIADOS:  
Estudo de Base Populacional, Florianópolis, 2009-2010**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Florianópolis  
2012**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Juliana Regina Destro

**PREVALÊNCIA DE CONSULTAS MÉDICAS NOS ÚLTIMOS  
TRÊS MESES EM IDOSOS E FATORES CAPACITANTES,  
PREDISPONENTES E DE NECESSIDADE ASSOCIADOS:  
Estudo de Base Populacional, Florianópolis, 2009-2010**

Dissertação apresentado a Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Área de Concentração: Epidemiologia.

Linha de Pesquisa: Desigualdades em Saúde.

Florianópolis  
2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Destro, Juliana Regina

Prevalência de consultas médicas nos últimos três meses em idosos e fatores capacitantes, predisponentes e de necessidade associados: [dissertação] : Estudo de Base Populacional, Florianópolis, 2009-2010 / Juliana Regina Destro ; orientador, Antonio Fernando Boing - Florianópolis, SC, 2012.

113 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Epidemiologia. 3. Serviço de Saúde. 4. Consultas Médicas. 5. Idosos. I. Boing, Antonio Fernando . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**“Prevalência de consultas médicas nos últimos três meses em idosos e fatores capacitantes, predisponentes e de necessidade associados: estudo de base populacional, Florianópolis, 2009-2010”.**

**Juliana Regina Destro**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Epidemiologia**

---

**Profa. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres**  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing (Presidente)

---

Prof. Dr. Fúlvio Borges Nedel (Membro Externo)

---

Prof. Dr. Marco Aurélio Anselmo Peres (Membro Titular)

---

Prof. Dr. João Luiz Dornelles Bastos (Suplente)



Dedico este trabalho a minha  
família que me acompanhou,  
apoiou e principalmente  
acreditou em mim, afinal  
somente o amor, a união e  
companheirismo nos  
momentos de dificuldade  
tornaram possível a  
concretização deste trabalho.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

Aos meus pais José e Célia pelo amor incondicional, pela paciência e acima de tudo pelos ensinamentos de humildade, respeito e perseverança.

Ao meu irmão Mário pelo apoio e carinho oferecido em todo momento de minha vida e principalmente neste.

A minha irmã-amiga Maria Luiza C. Buchelle que inúmeras vezes me ajudou e sempre me acolheu.

Ao meu namorado William Pedro R. Knies por compreender a importância dessa conquista me incentivando e obrigada por me apoiar e me acompanhar em todos os momentos.

Aos meus primos que sempre estiveram muito presentes na minha vida e torcendo por mim.

As minhas amigas de turma Carolina C. Bolsoni, Sabrina B. Faust, Tarcísia C. Alves, Fabíola Polo, Franciele Tozatti, Fernanda Rodrigues, Camila Dal-Bó, Mônica A de Souza e Fabio Quandt: obrigada pelo companheirismo nos grupos de estudos e em nossos encontros.

A minha amiga Maruí W. Corseuil Giehl pela paciência e auxílio com o banco de dados.

As minhas amigas de infância Manon H.Machado e Juliana Otávio que compreenderam minha ausência nesse momento.

Agradeço de forma especial o professor Dr. Antonio Fernando Boing, meu orientador, que sempre me incentivou, estimulou e acreditou no meu trabalho. Sou grata pela sua paciência e seus ensinamentos, pois foram fundamentais para contribuição da minha

iniciação/formação na docência e claro para elaboração desta dissertação.

Aos professores Dr. Marco Aurélio Peres e Dr. Fúlvio Borges Nedel pelas contribuições e aperfeiçoamento na qualidade deste trabalho.

A professora Dr<sup>a</sup> Elza Coelho Salema Berger que sempre acreditou na minha evolução acadêmica e me incentivou a realizar o mestrado em Saúde Coletiva.

A professora Dr<sup>a</sup> Eleonora pela oportunidade de poder participar do projeto de pesquisa EpiFloripa Idoso desde o início.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela oportunidade de seus ensinamentos e discussões em sala.

À CAPES, pela concessão da bolsa de estudo durante todo o mestrado.

Obrigada a todos vocês por participarem desta etapa da minha vida, pois direta, ou indiretamente me fizeram crescer, tanto pessoalmente como profissionalmente.

As razões da divergência são mais  
úteis do que as da concordância,  
porque suscitam reflexão e  
reexame de nossas opiniões.  
(B. Calheiros Bomfim)



## APRESENTAÇÃO

A dissertação intitulada “Prevalência de consultas médicas nos últimos três meses em idosos e fatores capacitantes, predisponentes e de necessidade associados: estudo de base populacional, Florianópolis, 2009-2010” insere-se na linha de pesquisa ‘Desigualdades em Saúde’, área de concentração em Epidemiologia, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e está estruturada em três partes.

A parte I contém a introdução e a contextualização que justificam a escolha do tema. Em seguida, apresentam-se a revisão sistematizada sobre consultas médicas e fatores associados no panorama nacional e internacional e o modelo de referencial teórico utilizado no estudo.

Os resultados e a discussão do estudo estão apresentados na Parte II em formato de artigo científico, conforme o regime do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. O manuscrito científico será posteriormente submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia.

A parte III está constituída pelos anexos e apêndice do estudo. O anexo 1 refere-se ao instrumento de coleta de dados, o anexo 2 ao questionário aplicado para controle de qualidade e o anexo 3 ao formulário de consentimento livre esclarecido da pesquisa. Além disso, encerra-se o apêndice 1 quadro utilizado para fichamento da pesquisa sistematizada.



## RESUMO

DESTRO, JULIANA REGINA. *Prevalência de consultas médicas nos últimos três meses em idosos e fatores capacitantes, predisponentes e de necessidade associados: estudo de base populacional, Florianópolis, 2009-2010*. 113p. Dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva – área de concentração Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

O Brasil vivenciou rápido e acentuado declínio da fecundidade nas últimas décadas do século XX, que, combinado com a queda da mortalidade e maior expectativa de vida, levou a acelerado processo de envelhecimento populacional. Diante desse cenário ressalta-se a necessidade de estudar a demanda de serviços médicos por idosos e os fatores associados. O presente estudo teve como objetivo descrever a prevalência de consultas médicas nos últimos três meses e testar os fatores associados entre idosos. Realizou-se estudo transversal de base populacional com 1.705 idosos com 60 anos ou mais, residentes na área urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina em 2009-2010. A seleção dos participantes foi realizada através de conglomerados em dois estágios, sendo os setores censitários as unidades primárias de amostragem e os domicílios o segundo estágio. Para análise de associação foi realizada a Regressão de Poisson tendo como variáveis independentes fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade, segundo modelo teórico de Andersen. Os fatores de capacitação se referem à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde e estão diretamente ligados às condições econômicas, como renda, escolaridade e plano de saúde. Os fatores de necessidade estão ligados às percepções subjetivas das pessoas e ao seu estado de saúde, tais como autopercepção de saúde e presença de doenças crônicas. Por fim, os fatores de predisposição referem-se às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde, como, por exemplo, sexo, cor da pele e idade. A prevalência de consultas médicas nos últimos três meses por idosos foi de 70,4% (IC<sub>95%</sub>: 67,5-73,4). Na análise bruta associaram-se com maior prevalência de consultas médicas o sexo feminino, o maior acúmulo de doenças crônicas, a autopercepção negativa de saúde e o relato de dor crônica. A análise multivariável identificou que possuir pelo menos uma doença crônica e ter autopercepção de saúde negativa estiveram associados positivamente ao

desfecho. Os fatores de necessidade foram os únicos associados ao desfecho, sugerindo igualdade na realização de consultas médicas entre idosos no município.

**Descritores:** serviços de saúde, assistência à saúde, visita a consultório médico, idosos, epidemiologia.

## ABSTRAT

DESTRO, JULIANA REGINA. Prevalence of doctor visits in the last three months in elderly and enabling factors, predisposing and need members: population-based study, Florianópolis, 2009-2010. 113p. Dissertation (Masters in Public Health - Epidemiology concentration area) - Graduate Program in Public Health, Federal University of Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

Brazil has experienced rapid and dramatic decline in fertility in recent decades of the 20th century, which, combined with the decrease in mortality and increased in life expectancy has led to accelerated population aging process. Given this scenario, there's the need to study the demand for medical services by the elderly and factors associated.

This study aimed to describe the prevalence of medical appointments and to test the factors associate among the elderly. Cross-sectional population-based with 1705 elderly aged 60 or older living in the urban region of Florianópolis, SC in the years of 2009 and 2010. The selection of participants was performed using two-stage cluster, the census tracts was the primary units and households made the second stage. For this analysis, Poisson regression was performed according to the predisposing variables, enabling and necessities, as the Anderson's theoretical model. The prevalence of physician appointments by older adults was 70.4% (95% CI 67.5 to 73.4). In the gross analyze associate with higher prevalence of medical appoiments, the female gender, presence of chonical diseases, low self- perception of health And the report of chonical pain. The multivariate analysis showed that it has, at least, one chronic disease and that it also has a negative health self-rated and that was positively associated to the outcome. The necessities factors were the only requirement associated with the outcome, suggesting equality in medical consultations among the elderly in the county.

**Keywords:** health care, health care assistance, visits to a doctor's office, elderly, epidemiology.



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Fase 5 do modelo comportamental do uso dos serviços de saúde. Traduzido de Andersen, 2008. <sup>(27)</sup> .....	33
Figura 2 – Fluxograma da revisão sistematizada de literatura. ....	39
Quadro 1 – Síntese dos estudos utilizados na revisão de literatura. ....	49
Quadro 2– Variáveis independentes utilizadas no estudo. ....	72



## **LISTA DE TABELAS**

- Tabela 1 – Estratégias de busca bibliográfica conforme combinação de termos nas bases de dados utilizadas..... 37
- Tabela 2 – Cálculo do tamanho da amostra para teste das associações das variáveis independentes com a realização de consultas médicas. ... 67



## LISTA DE ABREVIATURAS

ADL	– activities of daily living
AIVD's	– instrumental activities of daily living
BEACH	– <i>Bettering the Evaluation and Care of Health</i>
CCHS	– <i>Canadian Community Health Survey</i>
CSC	– Community Services Card
Deff	– efeito de delineamento amostral
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
EUA	– Estados Unidos da América
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMSS	– <i>Instituto Mexicano del Seguro Social</i>
ISSSTE	– <i>Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</i>
PEMEX	– <i>Petróleos Mexicanos</i>
LILACS	– Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NAMCS	– <i>National Ambulatory Medical Care Surveys</i>
NETI	– Núcleo de Estudos da Terceira Idade
NHAMCS	– <i>National Hospital Ambulatory Medical Care Survey</i>
OPAS	– Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PubMed/Medline- <i>Nacional Library of Medicine, USA</i>
SABE	– Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SAI	– Sistema de Informações Ambulatoriais
SciELO	– <i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIH	– Sistema de Internação Hospitalar
SINAN	– Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SIM	– Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISCOLO	– Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	– Sistema de Informação do Câncer de Mama
SUS	– Sistema Único de Saúde
UFSC	– Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

<b>PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO</b> .....	25
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	27
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	31
2.1 USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	31
2.2 USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	33
2.3 ENVELHECIMENTO E DADOS SOBRE CONSULTAS MÉDICAS NA POPULAÇÃO IDOSA.....	35
2.4 PREVALÊNCIA DE USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS.....	37
<b>2.4.1 Estratégias de busca</b> .....	37
<b>2.4.2 Critérios de inclusão</b> .....	37
<b>2.4.3 Critérios de exclusão</b> .....	38
2.5 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A CONSULTAS MÉDICAS EM IDOSOS – PANORAMA INTERNACIONAL.....	39
<b>2.5.1 Países Europeus</b> .....	39
<b>2.5.2 Países Norte Americanos</b> .....	41
<b>2.5.3 Países da América Latina e Caribe</b> .....	44
<b>2.5.4 Países da Oceania</b> .....	45
<b>2.5.5 País Asiático</b> .....	46
2.6 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A CONSULTAS MÉDICAS EM IDOSOS – PANORAMA NACIONAL.....	47
2.7 SÍNTESE DOS ESTUDOS ANALISADOS.....	48
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	63
3.1 OBJETIVO GERAL.....	63
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	63
<b>4 MÉTODOS</b> .....	65
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	65
4.2 POPULAÇÃO ALVO.....	65
4.3 PROCEDIMENTO AMOSTRAL.....	65
<b>4.3.1 Cálculo do tamanho da amostra</b> .....	66
<b>4.3.2 Cálculo do número de domicílios que foram visitados em cada setor censitário</b> .....	67
<b>4.3.3 Critérios inclusão e exclusão</b> .....	68
4.4 LOGÍSTICA DE TRABALHO DE CAMPO.....	68
<b>4.4.1 Seleção e treinamento das entrevistadoras</b> .....	68
<b>4.4.2 Pré-teste e estudo piloto</b> .....	68
<b>4.4.3 Coleta de dados</b> .....	68
<b>4.4.4 Suporte técnico</b> .....	69

4.5 ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIAS.....	69
4.6 CONTROLE DE QUALIDADE.....	70
4.7 PERDAS E RECUSAS.....	70
4.8 FINANCIAMENTO.....	70
4.9 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	70
4.10 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	71
<b>4.10.1 Variável dependente.....</b>	<b>71</b>
<b>4.10.2 Variáveis independentes.....</b>	<b>71</b>
<b>4.11 Análise dos dados.....</b>	<b>73</b>
<b>4.12 Aspectos éticos.....</b>	<b>75</b>
<b>5 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO.....</b>	<b>83</b>
<b>PARTE III – ANEXOS E APÊNDICES.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO 1 - Questionário da pesquisa.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO 2 - Questionário para controle de qualidade.....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO 3 - Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE 1 - Quadro para fichamento dos estudos da revisão sistematizada.....</b>	<b>113</b>

## **PARTE I**

### **CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO**



## 1 INTRODUÇÃO

A proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais, considerados idosos, está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária em diversas regiões do mundo. Entre 1970 e 2025 espera-se aumento de 223% no número de idosos no mundo, o que em números absolutos representa cerca de 694 milhões de pessoas. Em 2025 haverá aproximadamente 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos no mundo e estima-se que até 2050 esse valor chegue a cerca de dois bilhões, sendo 80% deles residentes em países em desenvolvimento.<sup>(1)</sup>

Panorama semelhante é observado no Brasil. O país vivenciou rápido e acentuado declínio da fecundidade nas últimas décadas do século XX, que combinado com a queda da mortalidade e maior expectativa de vida, levou a um acelerado processo de envelhecimento populacional.<sup>(2)</sup> Em 2002 cerca de 10% da população brasileira era idosa,<sup>(3)</sup> valor que deve chegar a 21% até o ano de 2050.<sup>(4)</sup>

A redução da taxa de fecundidade aponta para o cenário de envelhecimento populacional no país, trazendo consigo novos desafios para a sociedade. O acréscimo da proporção de idosos no país leva ao aumento da demanda dos serviços de saúde e à seguridade social, fazendo assim novas exigências na organização e planejamento desses sistemas. Os problemas de saúde nos idosos são muitas vezes de natureza crônica e podem requerer intervenções custosas com tecnologia complexa, tais como as internações hospitalares.<sup>(5)</sup> Estudo epidemiológico de base populacional, em Pelotas, identificou prevalência cerca de 20% maior de consultas médicas entre idosos em relação a adultos.<sup>(6)</sup> Além disso, observa-se que o custo das hospitalizações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) aumenta gradualmente com o avançar da idade.<sup>(7)</sup>

Diversos fatores modulam o acesso dos idosos aos serviços de saúde, que se dá de maneira diferente entre os estratos da população. Segundo Andersen e Branch<sup>(8, 9)</sup>, os perfis de consumo de serviços de saúde são determinados em três dimensões: de capacitação, de necessidade e de predisposição. Os fatores de capacitação se referem à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde e estão diretamente ligados às condições econômicas e à oferta de serviços, como renda pessoal, planos de saúde, suporte familiar e disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados. Os fatores de

necessidade estão ligados às percepções subjetivas das pessoas e ao seu estado de saúde. Por fim, os fatores de predisposição referem-se às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde, como, por exemplo, sexo e idade.<sup>(8)</sup>

Para conhecimento do perfil de consumo dos serviços de saúde é necessário o acompanhamento e monitoramento dos fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade através de informação em saúde, que se constitui como importante forma de subsidiar a gestão dos serviços.<sup>(10)</sup>

No Brasil, dados de morbidade hospitalar, ocorrência de doenças de notificação compulsória e mortalidade podem ser obtidos através do Sistema de Internação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), respectivamente. Em relação ao uso de serviços, o país dispõe, ainda, do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e outros de coberturas de ações específicas, como Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). Apesar desses sistemas proverem, em geral, dados de boa qualidade e grande relevância epidemiológica e gerencial, seus registros são limitados para os cálculos de prevalência de uso de serviços de saúde e de fatores associados, pois em alguns casos registram-se apenas o uso dos serviços públicos de saúde, os dados ambulatoriais e de internação hospitalar são por procedimentos e há limitações como sub-registros. Dessa maneira, além dos registros dos sistemas de informações oficiais, estudos de base populacional são essenciais.

Na literatura mundial o tema prevalência de consultas médicas é vasto, e estudos realizados na Austrália<sup>(11)</sup>, Canadá<sup>(12)</sup>, México<sup>(13)</sup>, Brasil<sup>(6, 14)</sup> e Costa Rica<sup>(15)</sup> apontaram para uma crescente demanda de serviços médicos por idosos, sendo que a prevalência de consultas é maior conforme idade. No Brasil existem poucos estudos de base populacional sobre prevalência e fatores associados a consultas médicas em idosos.<sup>(6, 14, 16, 17)</sup> A prevalência de consultas médicas variou entre 51,1% no bairro de Santa Cruz no Rio de Janeiro<sup>(16)</sup>, sendo o período recordatório nos últimos 3 meses, e 83,3% no município de São Paulo, considerando-se os últimos 12 meses.<sup>(17)</sup> Observou-se que os idosos do sexo feminino<sup>(6, 12, 13, 16-19)</sup>, com maior grau de escolaridade<sup>(6, 12, 13, 18)</sup>, maior renda<sup>(6, 12, 13, 16-19)</sup>, com seguro de saúde privado<sup>(18-21)</sup>, que reportaram doença crônica<sup>(6, 11, 12, 15, 17, 18, 21-24)</sup>, maior grau de dependência<sup>(13)</sup> e pior percepção da saúde<sup>(12, 15, 17, 21, 22, 25)</sup> apresentaram maior prevalência de ida ao consultório médico. Também foi verificada

associação negativa de consulta médica com o hábito de fumar<sup>6</sup> e maior prevalência do desfecho entre os casados<sup>(6, 19, 22)</sup> e viúvos<sup>(18)</sup> e os que referiram cor de pele branca.<sup>(6, 19)</sup>

Avançar no conhecimento dos fatores associados à utilização dos serviços de cuidado de saúde é um elemento fundamental no desenho das políticas de saúde, já que interferem no orçamento público e privado de saúde, bem como no planejamento dos serviços do setor.<sup>(12)</sup> Florianópolis é a terceira capital com maior índice de envelhecimento do país<sup>1</sup>, sendo de grande relevância a produção, num contexto mais adiantado de transição demográfica, de informações sobre a realização de consultas médicas entre os idosos e os fatores associados a ela.

---

<sup>1</sup> Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações demográficas e socioeconômicas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 23 jul. 2012.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O sistema de saúde brasileiro é único e público, porém é prevista a complementaridade do setor privado, seja através de convênios e seguros ou de pagamento/desembolso direto. Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a universalidade, que prevê que todos os cidadãos têm direito a utilizá-lo. Problemas diversos relacionados à dificuldade de acesso, no entanto, fazem com que a cobertura do uso dos serviços públicos de saúde varie conforme a região de residência das pessoas ou entre grupos sociais, dificultando, na prática, a aplicação dos conceitos do sistema de universalidade e equidade. Já o setor suplementar (privado) segue a lógica do mercado, não garantindo, assim, princípios equitativos.<sup>(26)</sup>

Este debate entre equidade e uso dos serviços de saúde está relacionado diretamente com as discussões sobre as diferentes prevalências na utilização dos serviços. Existem alguns modelos teóricos que procuram explicar os fatores que modulam a determinação da utilização dos serviços de saúde, entre eles o (1) Modelo de Crenças em Saúde, proposto por Rosenstock; o (2) Modelo de Dutton, com foco nas características organizacionais dos serviços de saúde e dos profissionais; o (3) Modelo de Evans & Sttodart, conhecido como Modelo de Produção de Saúde, que descreve a relação causal e de reciprocidade entre doença e uso dos serviços; e, por fim, o (4) Modelo de Andersen & Newman e de Aday & Andersen, discutidos com maior ênfase a seguir.<sup>(26)</sup>

Um modelo bastante utilizado na literatura sobre o tema é o Modelo Comportamental de Andersen,<sup>(27)</sup> devido à sua força explicativa. Ele foi desenvolvido em 1968 como produto da tese de doutorado do pesquisador nos Estados Unidos e tem como objetivo orientar a compreensão do uso dos serviços, identificando as condições que facilitam ou impedem a sua utilização, estimar a equidade no acesso e definir políticas de promoção à saúde.<sup>(27)</sup>

Neste modelo de Andersen, o uso de serviços de saúde resulta dos efeitos combinados de três fatores: daqueles de predisposição dos indivíduos, dos fatores capacitantes e dos fatores de necessidade de cuidados de saúde.<sup>(28)</sup>

Os fatores capacitantes ou favoráveis incluem critérios individuais como renda, seguro de saúde e critérios da área, tais como a

existência de instalações, equipamentos e equipes de saúde, e que os indivíduos tenham meios e conhecimento necessários para chegar e fazer uso dos serviços. Os chamados fatores predisponentes são as características demográficas das pessoas e outras relacionadas com a estrutura social e cultural. Por fim, há os fatores de necessidade, mensurados pela autopercepção de saúde do indivíduo ou avaliação pelo profissional de saúde.<sup>(28)</sup>

O modelo de Andersen evoluiu com o tempo e as suas revisões ocorreram conforme novos problemas foram emergindo, mas nenhuma dessas mudanças modificou a teoria na sua fundamentação, ou seja, vieram apenas a complementar o modelo. A evolução explicativa do modelo é dividida em cinco fases, sendo a última ilustrada na Figura 1.<sup>(27)</sup>

A primeira fase, iniciada em 1960, foi um reflexo do esforço para um levantamento nacional que auxiliasse na compreensão dos motivos que levam as famílias a utilizar serviços de saúde, que mensurasse o acesso equitativo aos cuidados de saúde e para desenvolver políticas que promovessem o acesso equitativo. A compreensão teórica dessa fase pressupõe que as pessoas usam os serviços conforme sua predisposição, fatores de capacitação e de necessidade. A segunda fase aparece na década de 1970 e foi desenvolvida com Lu Ann Aday e outros colaboradores do centro da Universidade de Chicago. Nessa fase foi incluído explicitamente o sistema de saúde na determinação do uso dos serviços pela população.<sup>(27)</sup>

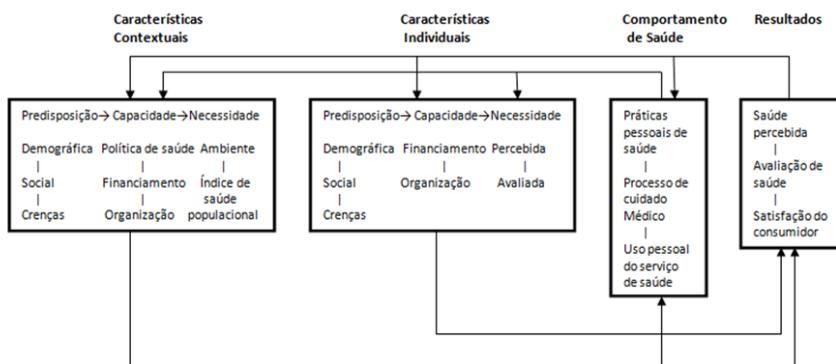
Na terceira fase, ocorrida entre as décadas de 1980 e 1990, ficou reconhecido um tipo adicional de comportamento pessoal de saúde - como práticas de exercícios físicos, tipo de dieta alimentar e práticas pessoais de saúde - que interage com o uso dos serviços de saúde, influenciando, dessa forma, no estado de saúde do indivíduo. A quarta fase, surgida no início dos anos 1990, demonstra os múltiplos determinantes dos serviços de saúde e subsequentemente a determinação do estado de saúde incluindo o uso dos serviços de saúde. Ela também inclui o *feedback* dos resultados tais como a percepção de saúde, avaliação de saúde e satisfação do consumidor, assim podendo afetar, conseqüentemente, a predisposição, as características de necessidade e capacidade da população e o seu uso dos serviços de saúde. A implementação dessa fase do modelo requer uma definição mais criativa e desafiante, realizada de forma longitudinal, experimental e inovadora dos tipos de análise estatística.<sup>(27)</sup>

Na quinta e última fase, já nos anos 2000, as características contextuais são medidas por agregação em preferência aos níveis

individuais, que incluem a organização dos serviços de saúde, fatores de provisão dos mesmos e características comunitárias. Esta fase divide os principais componentes das características contextuais do mesmo modo que são divididas as características individuais. Os fatores que predisõem e os fatores capacitantes sugerem a necessidade individual do uso dos serviços de saúde. Também é adicionado a essa fase um tipo de comportamento de saúde que é o cuidado médico, demonstrado pelo comportamento, interação e comunicação entre os pacientes e o provedor do cuidado de saúde. As medidas podem incluir aconselhamento ao paciente, pedido de realização de exames, a comunicação, a prescrição e a qualidade da comunicação. Sendo assim, um dos principais objetivos do modelo comportamental original é auxiliar na definição e medição de múltiplas dimensões do acesso ao cuidado.<sup>(27)</sup>

Andersen relata a necessidade de ir além do saber se a pessoa vai ou não com regularidade a uma fonte de cuidado, é necessário compreender como é a organização dos cuidados médicos, assim melhorando a capacidade de explicar e prever o uso, já que os serviços de saúde fazem parte de um grande setor da economia.<sup>(28)</sup>

Figura 1 – Fase 5 do modelo comportamental do uso dos serviços de saúde.



Fonte: Traduzido de Andersen, 2008.<sup>(27)</sup>

## 2.2 USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Define-se o uso dos serviços de saúde como todo contato direto do indivíduo com consultas médicas, hospitalizações, ou mesmo indireto na realização de exames preventivos e diagnósticos; o processo de utilização resulta da interação do comportamento do indivíduo e dos profissionais do sistema de saúde.<sup>(29)</sup>

É primordial conceituar e mensurar o acesso aos serviços de saúde, a fim de uma melhor compreensão e elaboração de políticas de saúde, tais como prever a utilização dos serviços de saúde e promover a justiça social e melhorias da eficácia e eficiência da prestação de serviços de saúde. Acesso é o uso real dos serviços de saúde e, além disso, indica o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados.<sup>(29)</sup> É um dos elementos dos sistemas de saúde que está diretamente ligado à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento, ou seja, receber cuidados subsequentes. O acesso é o elo entre os serviços de saúde e a população. Dessa forma, acesso não significa apenas consultar um prestador de cuidados médicos, mas também chegar aos serviços certos e na hora certa para promover melhores resultados de saúde.<sup>(30)</sup>

O uso de serviços também é medido em unidades de consultas médicas, podendo ser especificada para um determinado problema de saúde ou tipo de serviço. O acesso potencial é definido pelos fatores capacitantes e a efetivação do acesso é o uso real dos serviços de saúde. Se o acesso aos serviços ocorre de maneira equitativa, o fator da necessidade deve ser o principal determinante na utilização, enquanto os fatores predisponentes e capacitantes devem representar uma pequena proporção da variação no uso dos serviços. O acesso aos serviços de saúde pode ser considerado justo se o fator de necessidade é o principal determinante na utilização.<sup>(28)</sup>

Destaca-se, ainda, que a acessibilidade é um fator de oferta importante para a explicação das variações no uso dos serviços de saúde entre grupos populacionais, representando, assim, uma dimensão relevante nos estudos sobre equidade nos sistemas de saúde.<sup>(29)</sup>

## 2.3 ENVELHECIMENTO E DADOS SOBRE CONSULTAS MÉDICAS NA POPULAÇÃO IDOSA

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como o:

Processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.<sup>(31)</sup>

O envelhecimento populacional ocorreu em maior velocidade nos países emergentes do que o observado nos países europeus. O Brasil situa-se entre os países com ritmo mais acelerado de processo de envelhecimento no mundo.<sup>(32)</sup>

A partir da avaliação dos dois últimos censos brasileiros (2000 e 2010), a população idosa aumentou 2,5 vezes mais do que a mais jovem, sendo que entre os idosos a faixa etária de maior aumento foi entre as faixas superiores, igual a 28%, 42% e 62% nas faixas de 60-69, 70-79 e 80 ou mais anos de idade, respectivamente.<sup>(33)</sup>

A transição epidemiológica é o fenômeno da mudança no perfil de morbidade e mortalidade, com queda progressiva das mortes por doenças infecto-contagiosas e aumento das mortes causadas por doenças crônicas. O efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade no Brasil tem transformado o padrão etário da população, ou seja, alterando o formato da pirâmide etária principalmente a partir de meados dos anos 1980, acarretando em profundas e urgentes necessidades de adaptação dos serviços de saúde conforme a nova realidade epidemiológica e demográfica.<sup>(34)</sup>

Apesar de estigmas negativos em relação ao processo de envelhecimento, tais como o declínio biológico, doenças e dificuldade funcionais, aceitos como normais e inevitáveis da fase, a população brasileira teve grandes conquistas nas duas últimas décadas, como a Lei 10.741, que instituiu o Estatuto do Idoso. Além disso, a população idosa está tendo maior acesso aos serviços de saúde e bens sociais, tais como renda e educação, assim modificando a imagem de abandono associada à velhice. Políticas previdenciárias, de assistência social e à saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), têm contribuído para que não só

haja maior expectativa de vida como também maior qualidade aos anos a mais vividos entre os idosos brasileiros.<sup>(34)</sup>

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em seus suplementos de saúde de 1998 e 2003, permitiu identificar os diferentes tipos de cobertura que os idosos possuem e verificou-se que a proporção de idosos que não haviam consultado um médico nos últimos 12 meses foi duas vezes maior entre os usuários do SUS do que em relação aos beneficiários da medicina suplementar, em ambos os anos estudados.<sup>35</sup> No entanto, também se observou que a proporção da realização de quatro ou mais consultas médicas, nos últimos 12 meses aumentou significativamente entre os usuários do SUS de 29% em 1998 para 36% em 2003; entre os usuários do sistema suplementar a diferença foi menor, de 45% para 48%. Segundo os autores do estudo, o aumento expressivamente maior entre usuários do SUS é reflexo de maior oferta e acesso aos serviços de saúde no país. Em relação ao local de procura de atendimento, ocorreu aumento de 36,5% para 46,6% entre os usuários do SUS no uso de posto ou centro de saúde, acréscimo não significativo entre aqueles que possuem plano de saúde.<sup>(35)</sup>

É importante destacar a limitação para análise dos serviços de saúde pela população idosa brasileira de forma generalizada, devido aos dados e período disponível da informação. Os dados de inquéritos e dos sistemas de informação, exceto o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), são posteriores ao ano de criação do SUS, dificultando uma análise da série histórica na tendência da utilização dos serviços de saúde.<sup>(35)</sup>

Porém, a limitação de dados citada acima foi parcialmente superada após a realização e disponibilização dos dados da PNAD, que permitem, pela primeira vez, investigar as tendências em longo prazo das condições de saúde da população idosa brasileira, utilizando-se dados do suplemento saúde de 1998, 2003 e 2008. Analisando-se a tendência do uso dos serviços de saúde entre idosos brasileiros observou-se prevalência de três ou mais consultas médicas nos últimos 12 meses de 44,3%, 51,0% e 54,0% nos anos de 1998, 2003 e 2008, respectivamente. Ocorreu, assim, aumento significativo do uso de serviços pela população idosa ao longo da série analisada.<sup>(36)</sup>

## 2.4 PREVALÊNCIA DE USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS

Com o objetivo de identificar os estudos que investigaram a prevalência e os fatores associados à consulta médica entre idosos foi realizada uma revisão sistematizada não exaustiva da literatura.

### 2.4.1 Estratégias de busca

Foi realizada busca nas bases bibliográficas on-line PubMed/Medline (*Nacional Library of Medicine, USA*), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), em abril de 2011, de acordo com os descritores combinados nas estratégias de busca detalhadas na Tabela 1. Após a busca, os artigos foram exportados para o programa gerenciador de referências EndNote Web 3.3. Os artigos foram selecionados primeiramente pela leitura dos títulos e resumos. No caso de dúvida o artigo era lido na íntegra.

Tabela 1 – Estratégias de busca bibliográfica conforme combinação de termos nas bases de dados utilizadas.

Base (data)	Chaves de busca	Referências obtidas
PubMed (10/04/2011)	office visits AND (aged OR elderly OR older adults) AND epidemiology	945
	physician service use AND (aged OR elderly OR older adults) AND epidemiology	1.620
LILACS (11/04/2011)	serviços de saúde AND idoso AND uso	19
	visita a consultório médico AND idoso	19
	assistência ao paciente AND idoso AND epidemiologia	3
	assistência à saúde AND idoso AND epidemiologia	25
SciELO (16/04/2011)	serviços de saúde AND uso AND idoso	6
	serviços de saúde AND uso AND idosos	2
	visita a consultório médico AND idosos	1
	assistência à saúde AND idoso	8
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>2.648</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

### 2.4.2 Critérios de inclusão

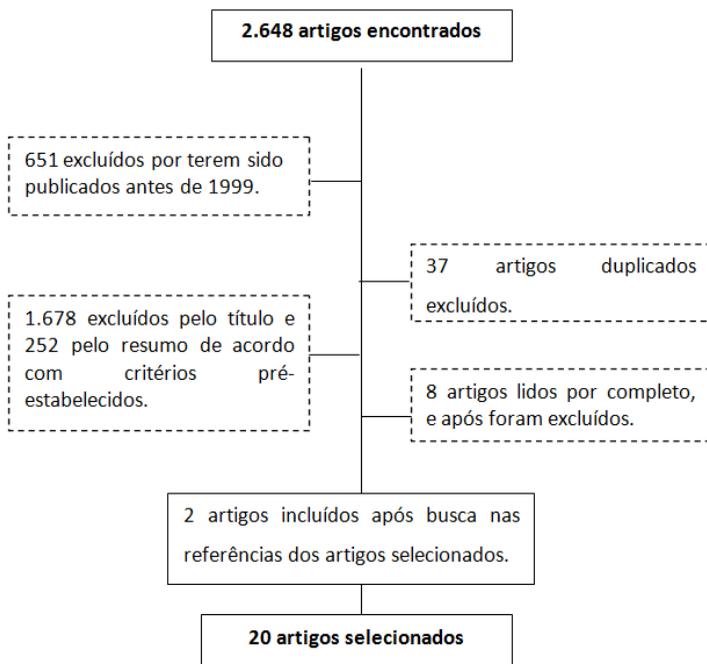
Foram selecionados estudos epidemiológicos do tipo transversal, de base populacional, que tiveram como objetivo estimar a prevalência de consultas médicas na população idosa e/ou testar fatores associados a esse desfecho. O ano de publicação deveria ser posterior a 1998 e não houve restrição de língua da publicação.

### 2.4.3 Critérios de exclusão

Não foram incorporados à presente revisão estudos publicados antes de 1998 e que relataram o uso de serviços médicos em idosos com enfoque apenas em doenças específicas e em serviços especializados no tratamento, tais como câncer, hepatite, uso abusivo de álcool e drogas, doenças infecciosas, insuficiência renal aguda e doenças reumatóides. Também foram excluídos estudos com delineamento de relato de caso, caso-controle, coorte, revisão de literatura e de avaliação das tecnologias diagnósticas e abordagens terapêuticas.

O fluxograma e o total de artigos selecionados estão apresentados na Figura 2. Após a leitura de cada estudo foi realizado fichamento através de um instrumento desenvolvido para o presente estudo (**Apêndice I**), sendo registradas as seguintes informações: ano do estudo e de publicação, local do estudo, objetivo(s), população de interesse, tamanho da amostra, desfecho (período recordatório), variáveis exploratórias, principais resultados e conclusão dos estudos selecionados.

Figura 2 – Fluxograma da revisão sistematizada de literatura.



Fonte: Elaborada pela autora.

## 2.5 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A CONSULTAS MÉDICAS EM IDOSOS – PANORAMA INTERNACIONAL

### 2.5.1 Países Europeus

Estudo de base populacional realizado na região da Catalunha (Espanha) em 1994 com 12.245 indivíduos com 15 ou mais de idade identificou que as mulheres relataram com maior frequência (74%) doenças crônicas e em maior proporção avaliaram sua saúde como regular/ruim (22%) do que os homens, mesmo após ajuste por idade, classe social, área geográfica de residência e número de doenças crônicas. A prevalência da visita a um profissional de saúde, nas duas últimas semanas, foi de 18,1% nos homens e 24,9% nas mulheres, sendo consideradas no estudo visitas presenciais ou por telefone com médico da atenção primária, especialista, enfermeiro ou outros profissionais de

saúde. As mulheres que declararam boa percepção de saúde tiveram probabilidade 35% maior de utilização dos serviços de saúde em comparação com os homens. A internação hospitalar nos 12 meses anteriores à pesquisa foi 27% menor em mulheres do que em homens. Os dados mostraram que as mulheres possuíam pior estado de saúde geral (medido pela autopercepção de saúde, restrição de atividade e presença de doenças crônicas) que os homens, no entanto o uso de estabelecimentos de saúde foi apenas pouco superior entre elas, principalmente consultas externas, além de apresentarem menor probabilidade de internação. Como possuíam pior estado de saúde do que os homens e não utilizam o serviço muito mais que os homens, os autores referiram que este padrão na utilização dos serviços de saúde aponta para a lei dos cuidados inversos, onde os que mais precisam do serviço menos utilizam.<sup>(37)</sup>

Estudo realizado em Atenas, Grécia, com 1.007 indivíduos com idade acima de 18 anos avaliou a prevalência de consultas aos consultórios de médicos públicos e privados no último mês, atendimento emergencial e internação hospitalar no último ano. Verificou-se que 42,4% dos entrevistados utilizaram pelo menos uma vez um dos quatro tipos de serviços de saúde. As pessoas mais pobres e com problemas de saúde mental apresentaram maior probabilidade de fazer mais de uma consulta a médicos do fundo de seguro de saúde. Os idosos tiveram probabilidade 26,6% maior de utilizar serviços de atenção primária providos pelo fundo de seguro de saúde em relação aos adultos, e as pessoas mais ricas relataram menor uso desse tipo de serviço. Os idosos têm uma grande tendência a ser admitidos em hospitais públicos: estimou-se que o risco de internação em hospitais públicos cresce 98% de acordo com o avançar da idade. As mulheres, idosos, pessoas com baixa renda e problemas físicos de saúde apresentaram maior probabilidade de consultarem os médicos do seguro público. O fator de necessidade mensurado pela autopercepção de saúde foi o que mais contribuiu para a variação na utilização dos serviços de médico do setor privado, atendimento emergencial e internação hospitalar. Já gênero e idade foram fortemente associados com consultas aos médicos do setor público. Segundo os autores, existe uma rede incompleta de serviços primários, indicando problema estrutural do serviço de saúde no local analisado. Dessa forma, indivíduos com baixa renda não são usuários exclusivos do sistema público e muitas vezes são obrigados a usar o setor privado, sobrecarregando o orçamento familiar e agudizando situações de desigualdades.<sup>(25)</sup>

## 2.5.2 Países Norte Americanos

Nos Estados Unidos da América, estudo realizado com dados secundários do *National Ambulatory Medical Care Surveys* (NAMCS) e do *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey* (NHAMCS) constatou que foram realizadas, em média, 979 milhões de consultas médicas anuais entre 1999 e 2000 por pessoas de todas as faixas etárias, com uma taxa média anual de 3,6 consultas por pessoa. A realização de consultas médicas foi maior entre as pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial. Pessoas pretas realizaram mais consultas aos hospitais do que as pessoas brancas e um menor número de consultas a consultórios médicos e aos especialistas.<sup>(23)</sup>

Ainda nos EUA com dados do NAMCS e NHAMCS, com pessoas acima de 15 anos, revelou que 1,1 bilhão de consultas ambulatoriais foram realizadas em 2001 e 2002, representando aumento significativo de 10% em relação ao biênio 1999-2000. Destaca-se aumento principalmente na realização de consultas com médico da atenção primária e se verificou que idosos frequentaram em maior proporção serviços de atenção primária em comparação com os cuidados especializados, cirúrgicos e de emergência. Por fim, verificou-se que as mulheres têm maior taxa de consultas ambulatoriais, que a taxa de consultas foi menor entre pacientes sem seguro de saúde e que os negros apresentaram maior taxa de consultas ambulatoriais e de emergência, e menor consulta com o médico especialista e cirurgião.<sup>(20)</sup>

Outro estudo que também utilizou dados do NAMCS analisou a tendência de taxa de consultas médicas nos últimos 12 meses em pacientes com idade acima de 65 anos, nos anos de 1978, 1998 e 2008. A análise dos dados de 1978 a 2008 mostrou que a porcentagem de consultas com médicos do cuidado primário reduziu de 62% para 45%; em contrapartida houve aumento nas consultas com especialistas e médicos cirurgiões de 37% para 55%. Entre 1998 e 2008 ocorreu aumento de 13% na taxa anual de consultas médicas por pacientes (de 6,1 para 6,9), sendo a principal causa doenças como hipertensão essencial, arritmias cardíacas e diabetes.<sup>(24)</sup>

Estudo realizado com 5% da amostra de beneficiários do *Medicare* nos EUA em 1999 demonstrou a relação positiva entre número de morbidades e quantidade de consultas ao médico e que pacientes com maior carga de doenças foram mais aos médicos especialistas em relação aos clínicos gerais. O número médio de consultas ao médico do cuidado primário para indivíduos com 65 anos ou mais, nos últimos 12 meses, foi de 2,1 para quem apresentava até 6

doenças crônicas, 3,9 entre quem apresentava de 6 a 9 e 6,6 para o grupo com 10 ou mais doenças crônicas. Em relação ao médico especialista, os números médios de consultas foram 1,8, 4,3 e 8,9, respectivamente.<sup>(38)</sup>

Nos Estados Unidos, estudo de base populacional com 4.986 idosos, utilizou dados secundários referentes ao ano de 2000 e analisou consultas médicas entre brancos não hispânicos e hispânicos do *Medicare*. Para beneficiários brancos, verificou-se que, entre os fatores predisponentes, a probabilidade de consultar ao consultório médico entre mulheres é quase duas vezes maior do que entre os homens e que as pessoas de 75 anos ou mais consultaram o médico 66% a mais do que os menores de 70 anos. Pessoas com plano de saúde privado tinham 1,6 vez mais chance de ter o contato inicial do que aqueles sem plano de saúde privado. Além disso, hispânicos que viviam na linha da pobreza ou abaixo dela tinham 70% menos chance de ter contato inicial com o médico. A probabilidade de um beneficiário branco fazer contato inicial com médico em um ano foi de 84,6% e beneficiários hispânicos foi de 81,8%. Os hispânicos que nasceram no EUA tiveram 2,2 vezes maior probabilidade de ter contato inicial com médico, em relação ao hispânico estrangeiro. Para beneficiários brancos, os fatores positivamente associados à consulta ao médico foram ser do sexo feminino, maior nível de escolaridade e estado civil (viúvos). Quanto aos fatores capacitantes, associou-se ter um plano privado além do *Medicare*. A renda foi associada positivamente, ou seja, quanto menor a renda, menor foi o uso. Entre os fatores de necessidade, quanto pior o estado de saúde mais chance de se utilizar os serviços médicos. Verificou-se que os idosos hispânicos têm uma maior probabilidade de fazer consultas médicas em relação aos brancos.<sup>(18)</sup>

Estudo de base ambulatorial conduzido na Califórnia (Estados Unidos da América) revelou que imigrantes idosos asiáticos (coreanos) faziam em média mais consultas anuais ao médico ocidental (valor igual a 11) em comparação com os americanos brancos (8). Na amostra analisada, os idosos coreanos possuíam pior condição e percepção de saúde, menor renda, mais seguro total de saúde e realizaram mais consultas ambulatoriais. Entre os coreanos a percepção de saúde não alterou o número de consultas ao médico, já o número de doenças crônicas foi fortemente associado, sendo que quanto maior a carga de doenças maior o uso dos serviços. Para idosos coreanos a rede social com amigos esteve associada positivamente com consultas médicas e enquanto menor a escolaridade entre coreanos maior o uso dos serviços. Entre os idosos brancos, o contrário foi observado quanto à escolaridade e o menor uso do serviço estava mais fortemente associado com a

melhor percepção de saúde entre os brancos. Como conclusão, os autores verificaram que a origem étnica foi associada com a percepção de saúde e às taxas de consultas aos médicos ocidentais e que os fatores associados ao desfecho variaram entre os dois grupos.<sup>(21)</sup>

O *Canadian Community Health Survey* (CCHS), realizado no Canadá em 2005, verificou que 88% dos idosos relataram que haviam consultado um médico de família no ano anterior, sendo que 44% fizeram quatro ou mais consultas e 34% haviam consultado um especialista. Idosos com 75 anos ou mais apresentaram menor chance de consultas a médicos especialistas, porém maior probabilidade de consultar quatro ou mais vezes um médico de clínica geral que os mais jovens. Não houve diferença estatística entre sexo em relação às consultas ao médico generalista entre idosos; já em relação aos especialistas, as mulheres apresentaram prevalência de consultas 17% menor que os homens. Idosos com menor grau de escolaridade apresentaram menor prevalência de consultas clínico geral quando comparados com aqueles de nível superior. Também foi observado gradiente positivo entre número de doenças crônicas e prevalência de consultas ao clínico geral. Idosos com a autopercepção de saúde regular/ruim fizeram 35% a mais consultas médicas do que as que tiveram autopercepção de saúde excelente. Em relação à idade, idosos com 75-79 anos tiveram 21% mais chance de consultas ao médico geral, enquanto indivíduos com 85 anos ou mais apresentaram 44% mais chance quando comparado com a categoria de 65-69 anos. Observou-se que quanto maior a idade, maior a probabilidade de consultar um médico geral.<sup>(12)</sup>

Em 2001, estudo realizado no México com 12.400 indivíduos acima de 50 anos verificou que a proporção da realização de consultas médicas nos últimos 12 meses, em área urbana, por idosos com 60-69 anos e 70 anos ou mais foi semelhante, correspondendo a 71,3% e 70,1% respectivamente. A idade avançada esteve associada com maior uso dos serviços, mas quando controlada pelas condições de saúde perdeu força de associação, ainda assim se mantendo associada com o desfecho. O sexo feminino em ambas as faixas etárias utilizou mais o serviço médico quando comparado com os homens. Indivíduos com limitação em pelo menos uma atividade de vida diária ou atividades instrumentais da vida diária (ADL/AIVD's) tenderam a utilizar mais consultas médicas e a apresentar maior número de internações. Verificou-se, ainda, associação positiva entre renda e educação com a utilização de consultas médicas e cuidados preventivos. A cobertura de seguro de saúde desempenhou papel importante na determinação da

utilização dos serviços, mesmo na presença de fatores de necessidade e condições socioeconômicas.<sup>(13)</sup>

Foi realizado em Tamaulipas, México, em 2003-2004 um estudo transversal de base populacional com 7.370 idosos (60 anos ou mais). Identificou-se que 80% deles afirmaram utilizar frequentemente serviços de saúde, tais como: centros comunitários, consultas privadas, instituições como o IMSS (*Instituto Mexicano del Seguro Social*), ISSSTE (*Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*), PEMEX (*Petróleos Mexicanos*) e outros serviços como farmácia, medicina alternativa, *yerberero* (médico que cura com ervas ou curandeiro), familiares e amigos. As mulheres fizeram maior uso dos serviços de saúde; a frequência de consultas aos centros comunitários foi 32% maior entre as elas e a frequência de mulheres em consultas privadas foi 20% mais elevada no sexo feminino. De acordo com os fatores preditores, a probabilidade de ser usuário de centro de saúde em relação a outras instituições de saúde foi maior entre quem vivia sozinho e não possuía seguro de saúde e menor entre aqueles com renda fixa e com acesso a serviços básicos de habitação.<sup>(39)</sup>

### 2.5.3 Países da América Latina e Caribe

Dados do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) da América Latina e Caribe coletou dados em Buenos Aires, São Paulo, Santiago, Havana, Cidade do México e Montevidéu no ano 2000. Os resultados indicaram, em geral, desigualdade na utilização dos serviços de saúde, favorecendo os grupos de idosos que possuíam maior escolaridade em todas as cidades, exceto em São Paulo. Quando analisada a probabilidade do indivíduo consultar o médico foram verificadas desigualdades na utilização dos serviços ambulatoriais nas cidades de Santiago, cidade do México e em São Paulo. Já quando estimado o número de consultas para indivíduos com utilização positiva verificou-se desigualdade na quantidade de consultas médicas apenas em Santiago, Cidade do México e São Paulo. Nas duas primeiras cidades, o número médio de consultas foi 81,6% e 29,2% maior, respectivamente para o grupo de maior escolaridade em comparação com o outro extremo de escolaridade. Já em São Paulo, o número de consultas foi 24,7% menor no grupo de maior escolaridade.<sup>(40)</sup>

Na Costa Rica, em 2007, estudo com 7.523 indivíduos de todas as idades verificou que 23% dos indivíduos com 65 anos ou mais realizaram pelo menos uma consulta ambulatorial nos 12 meses anteriores à pesquisa. Dos idosos, 6% relatam hospitalização no último

ano e 13% utilizaram serviço de urgência nos últimos 12 meses. As variáveis de necessidade - autopercepção de saúde, ficar na cama pelo menos metade de um dia e possuir alguma doença crônica - estavam associadas com o uso de serviços ambulatoriais. A região de residência também esteve associada à utilização dos serviços ambulatoriais e de internação, sendo que moradores da região urbana realizaram mais consultas em relação aos moradores da zona rural.<sup>(15)</sup>

#### **2.5.4 Países da Oceania**

Estudo na Nova Zelândia com dados de 1996 e 1997 do *New Zeland Health Survey* –pesquisa de base domiciliar com 7.862 pessoas com idade acima de 15 anos – analisou a prevalência de consultas ao médico geral ou médico de família nos últimos 12 meses. Dos idosos com idade entre 65-74 anos, 71,2% fizeram consultas médicas por meio do seguro, com uso do cartão de saúde *Cummunity Services Crad* (CSC - subsidia gastos com saúde de acordo com a renda e tamanho familiar), valor que chegou a 84,3% entre as pessoas com 75 anos ou mais. Renda e posse de seguro de saúde foram associadas positivamente com a realização de pelo menos uma consulta médica. Quanto à etnia, os Maori (povo nativo) procuraram menos os serviços médicos em relação ao restante da população da Nova Zelândia. Porém, as diferenças não foram significativas para a chance de realizar seis ou mais consultas. Os resultados sugerem que quem não possui o cartão e apresenta baixa renda vai menos ao médico do que quem possui o cartão e tem alta renda. Quem possui o CSC teve maior chance de fazer pelo menos uma consulta médica, assim o cartão (subsídio do governo) facilitou o acesso ao serviço de saúde. Em relação ao sexo, as mulheres tiveram maior chance de ir ao consultório médico do que os homens. O regime da jornada de trabalho, classificado em tempo integral, parcial e desempregado, foi significativamente associado a ser usuário frequente do serviço médico, sendo que os empregados utilizavam menos o serviço em relação aos desempregados. Segundo os autores, o tempo gasto no trabalho é uma restrição ao uso dos serviços de saúde. O estado de saúde autorreferido e a presença de doenças crônicas foram os principais determinantes da utilização dos serviços de médico geral.<sup>(19)</sup>

Estudo com indivíduos australianos em 2000 com idade entre 40-44 e 60-64 anos verificou que as mulheres realizaram 27% a mais de consultas em comparação com os homens, sendo a média 2,71 e 2,14 para mulheres e homens respectivamente, nos últimos 6 meses. Tanto homens quanto mulheres pertencentes ao grupo de 60-64 anos

obtiveram um número de consultas ao médico significativamente maior do que os participantes de meia idade. As mulheres relataram pior estado de saúde e maior uso dos serviços médicos primários. Contudo, em relação à realização de consultas repetidas ao médico, os homens realizaram mais consultas do que as mulheres. Homens desempregados e mulheres com dificuldade financeira estavam mais propensos a fazer consulta ao médico geral e o apoio da família apresentou associação positiva com o desfecho.<sup>(41)</sup>

Estudo realizado na Austrália em 2001 e 2002 envolvendo 10.755 indivíduos de todas as idades investigou a frequência de consultas médicas nos últimos 12 meses. O programa governamental *Bettering the Evaluation and Care of Health* (BEACH) verificou que os pacientes fizeram em média 8,8 (IC<sub>95%</sub> 8,3-9,2) consultas ao médico por ano. O número de consultas nos últimos 12 meses aumentou de acordo com a idade e com a quantidade de morbidades autorreferidas. Os principais problemas associados à maior demanda de consultas médicas foram ansiedade, depressão e dor nas costas. Entre as consultas médicas realizadas verificou-se que a maioria dos pacientes (83,3%) era de locais onde os serviços foram considerados de alta acessibilidade. Assim, os pacientes de áreas remotas tiveram menor frequência de consultas em relação à sua necessidade de saúde, confirmando que, em muitos casos, a questão geográfica continua sendo uma barreira significativa para realização dos cuidados de saúde.<sup>(11)</sup>

### **2.5.5 País Asiático**

Miltiades (2008) analisou o padrão de consultas médicas de residentes de Shangai e de chineses residentes em Boston em 2000. Identificou-se que a média de consultas médicas nos últimos 12 meses foi de 2,5 consultas e 3,3 consultas por idosos de Shanghai e imigrantes chineses em Boston, respectivamente. Após ajuste através de modelo de regressão múltipla, na amostra de Boston o bom status de saúde autorreferido e a existência de rede social foram positivamente associados à realização de consultas médicas, enquanto não ser segurado foi negativamente associado. Já na amostra de Shanghai, os fatores associados às consultas médicas foram o uso da medicina chinesa, estar casado e os fatores de saúde autorreferidos, tais como: status de saúde, nível de depressão e bem-estar. Idosos que relataram dispor de maior rede social e aqueles em piores condições de saúde frequentaram mais o médico. Além disso, pior percepção do estado de

saúde, maior número de doenças crônicas e depressão foram associados com aumento da utilização de médicos.<sup>(22)</sup>

## 2.6 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A CONSULTAS MÉDICAS EM IDOSOS – PANORAMA NACIONAL

No ano de 1999 foi realizado estudo transversal em três regiões administrativas do Rio de Janeiro: Copacabana (alta renda), Méier (média renda) e Santa Cruz (baixa renda). Dos idosos entrevistados, pouco mais de 60% dos moradores de Copacabana e Méier referiram utilizar serviços de saúde nos três meses que antecederam a entrevista, valor que chegou a pouco mais de 50% em Santa Cruz. Em todas as regiões a maioria dos entrevistados possuía plano de saúde privado, com menor prevalência para Santa Cruz (57%). Observou-se que quanto pior o padrão de vida das pessoas, menor a utilização dos serviços de saúde. Segundo os autores, a condição socioeconômica e o local de residência determinaram a chance do uso dos serviços.<sup>(16)</sup>

Estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 verificou que mulheres mais velhas procuraram os serviços de saúde com maior frequência e relataram maior número de consultas ambulatoriais, enquanto idosos do sexo masculino reportaram maior número de internações hospitalares, independente do estado de saúde. Os autores verificaram que a busca dos cuidados de saúde varia conforme o estado de saúde, fatores socioeconômicos e sexo, de forma independente, em idosos.<sup>(42)</sup>

Ainda na PNAD 1998 verificou-se que a prevalência da realização de consultas médicas por idosos nos últimos 12 meses foi de 13,9% para realização de uma consulta, 14,0% para duas consultas, 44,3% para três ou mais e 27,8% para nenhuma consulta. Já na PNAD de 2003 a prevalência de realização de uma consulta médica foi de 12,7%, de duas consultas foi de 14,3%, três ou mais de 51% e 22,0% não realizaram consulta médica nos últimos 12 meses. Tanto em 1998 quanto em 2003 as mulheres consultaram mais o médico em relação aos homens; além disso, é possível observar um gradual aumento na realização de 3 ou mais consultas médicas conforme a idade, porém isso foi observado apenas entre os homens. Identificou-se melhoria na autopercepção de saúde dos idosos e aumento no número de consultas médicas em ambos os sexos. Segundo os autores, esse aumento pode ser devido a uma melhoria no acesso aos serviços, principalmente no âmbito do SUS, já que não houve mudança significativa na prevalência

da cobertura por plano de saúde, permanecendo em cerca de 70% a proporção de idosos que utilizam o sistema público brasileiro.<sup>(14)</sup>

No município de São Paulo, no ano 2000, estudo integrante do projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) entrevistou 2.143 idosos com 60 anos ou mais. Verificou-se que a taxa de realização de pelo menos uma consulta no ano anterior à pesquisa foi de 83,3%. Destes, 64,2% utilizaram serviços ambulatoriais nos últimos quatro meses e 4,7% relataram pelo menos uma internação hospitalar. Foram observadas taxas mais elevadas quanto maior a necessidade e a renda. Dos que utilizaram os serviços, 40,9% realizaram apenas uma consulta e a média geral foi de 1,6 consulta por idoso nos últimos quatro meses. As mulheres utilizaram 55% a mais os serviços de saúde do que os homens. Houve associação com morbidade referida, percepção de saúde, renda e escolaridade. Quem possuía maior renda e frequentou a escola tinha chance 40% maior de usar o serviço, em relação aos idosos de menor renda e que não frequentaram a escola. Os que possuíam baixa renda e sem escolaridade utilizavam mais o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto os mais ricos e escolarizados, comparativamente, utilizavam mais os serviços privados.<sup>(17)</sup>

No estudo realizado em Pelotas (Rio Grande do Sul) no ano de 1999-2000, a prevalência de consultas médicas nos 12 meses anteriores à pesquisa para indivíduos com idade entre 60 a 69 anos foi de 69,4% entre os homens e 91,5% entre as mulheres. Os principais motivos que levaram à realização de consulta médica foram ser portador de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, ter sofrido hospitalização no último ano e não ser fumante. Os fatores associados a uma maior utilização do serviço encontrados foram presença de doenças crônicas, melhor nível de escolaridade, maior renda familiar, classe econômica mais elevada, indivíduos com cor da pele branca, estado civil casado, internação hospitalar anterior e indivíduos não fumantes.<sup>(6)</sup>

## 2.7 SÍNTESE DOS ESTUDOS ANALISADOS

Criou-se um quadro (Quadro 1) com a síntese dos artigos estudados e descritos nos itens 2.5 e 2.6. Assim, são detalhadas características particulares dos estudos, como local de realização, ano do estudo, tamanho da população, objetivo, desfecho, variáveis utilizadas e principais resultados.

Quadro 1 – Síntese dos estudos utilizados na revisão de literatura.

Referência	Ano	Local	Objetivo(s)	População	Desfecho	Variáveis exploratórias	Principais resultados do artigo
Fernandez E et.AL, 1999.	1994	Catalão Espanha	Investigar desigualdades de gênero na saúde e nos utilização dos serviços de assistência.	12.245 indivíduos de 15 a 75 anos ou mais de idade.	Consulta ao médico da atenção primária, especialista, enfermeiro ou outros profissionais de saúde.	Capacidade: classe social, escolaridade e seguros. Predisponentes: Sexo, idade. Necessidade: auto avaliação de saúde, doença crônica e atividade física. Área geográfica.	Identificou-se que as mulheres relataram com maior frequência (74%) doenças crônicas e avaliaram sua saúde como regular/ruim com maior frequência (22%) do que os homens, mesmo após ajuste. A proporção de mulheres que visitaram um profissional de saúde nas últimas 2 semanas foi 20% maior que nos homens. As mulheres que declararam uma boa percepção de saúde tiveram uma maior probabilidade 35% maior de utilização dos serviços de saúde.

Continua

Pappa, E. Niakas D, 2006.	Não descrito	Atenas, Grécia.	Avaliar se as variações na utilização de serviços de saúde e os fatores associados.	1.007 indivíduos com idade acima de 18 anos.	Consultas médicas no, último mês e uso dos serviços de urgência e internações, no último ano.	Sociodemográficas: sexo, idade, estado civil. Socioeconômicas: escolaridade e renda. Estado de saúde: condição física e mental.	Os idosos foram 26,6% mais propensos a utilizar serviços primários e as pessoas mais ricas relataram menor uso desse tipo de serviço. Os idosos têm uma grande tendência em serem admitidos em hospitais públicos, o risco cresce 98% de acordo com a idade. As mulheres, idosos, pessoas com baixa renda e problemas de saúde física visitam os médicos do fundo de seguro de saúde (público).
Burt C.W, Schappert SM, 2004.	1999-2000	Estados Unidos	Descrever as consultas médicas realizadas aos consultórios, hospitais de emergência e ambulatoriais.	Dados secundários do NAMCS e NHAMCS	Consultas médicas ambulatoriais, hospitalares e emergência, nos últimos 12 meses.	Sociodemográficas: sexo, idade. Estado de saúde: doenças crônicas.	A taxa média anual foi de 3,6 consultas por pessoa. A realização de consultas médicas foi maior entre as pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial. Pessoas negras realizaram mais consultas aos hospitais do que as pessoas brancas e um menor número de consultas a consultórios médicos e aos especialistas

Continua

Continuação

Schappert, S.M. and Burt C.W, 2006.	2001 e 2002	EUA	Estatística de visitas ambulatoriais a consultórios médicos, ambulatórios e departamento de emergência.	Dados secundários: (NAMCS e (NHAMCS. Idade acima de 15 anos.	Consultas médicas de cuidado primário, cirúrgico e médico especialista.	Fatores predisponentes: sexo, idade, raça Fatores capacitantes: seguro, área metropolitana. Necessidade de Saúde: condição de saúde e uso de medicamentos.	As mulheres têm maior taxa de visitas ambulatoriais. O número de visitas aumentou no ano de 2001 para 2002, principalmente nas consultas aos médicos do cuidado primário. Os negros tiveram maior taxa de consultas ambulatoriais e de emergência, e menor consulta ao médico especialista e cirúrgico.
Cherry D, Lucas C, Decker SL, 2010.	1998 e 2008	EUA	Descrever as tendências de atendimento médico prestado.	National Ambulatory Medical Care Surveys (NAMCS)	Consulta médica com oftalmologista, cirurgião geral, médico clínica geral ou de família, internista e psiquiatra.	Fatores predisponentes: idade Fatores capacitantes: Tipos de médicos que fazem consultas. Necessidade de Saúde: uso de medicamentos e tipos de doenças.	O percentual de consultas médicas aumentou de 24% para 27%, sendo que a população co 65 anos ou mais se manteve entre 98 e 2008. De 1998 e 2008 tornou-se mais concentrada consultas médicas em pacientes com meia idade e acima de 65 anos.
Starfield, B. et.AL, 2005.	1999	EUA	Determinar a relação entre carga de doenças e condições de comorbidade e o uso do cuidado primário e especializado.	Amostra de 5% dos idosos beneficiários do Medicare, indivíduos com 65 anos ou mais	Consultas ao médico do cuidado primário e especialista, nos últimos 12 meses.	Necessidade de saúde: doenças crônicas.	Relação positiva entre número de morbidades e quantidade de consultas ao médico e que pacientes com maior carga de doenças foram mais aos médicos especialistas em relação aos clínicos gerais. Pacientes com menor carga de doenças foram mais ao cuidado 1° do que aos médicos especialistas.

continua

<p>Chen, L.M, 2010.</p>	<p>2000</p>	<p>EUA</p>	<p>Investigação dos efeitos da raça e etnia no uso do serviço médico. (brancos não hispânicos e hispânicos)</p>	<p>4.986 idosos.</p>	<p>Contato com médico e número de visitas ao consultório médico nos 12 últimos meses.</p>	<p>Predisponentes: sexo, idade, estado civil, escolaridade. Fatores Capacitantes: renda, estrutura familiar (morar sozinho), seguro de saúde, região geográfica, densidade populacional. Necessidade: Status de saúde, atividades instrumentais da vida diária AIVD.</p>	<p>Em relação ao sexo, as mulheres tem uma probabilidade quase duas vezes maior do que homens a realizar consultas médicas, para beneficiários brancos. O fator idade também esteve associado, quanto maior a idade maior a probabilidade de consultar o médico. Dos fatores de habilitação ter um plano de saúde foi o único fator significativo; pessoas com tais planos tem maior probabilidade de consultar o médico em relação àquelas se plano de saúde privado. Entre hispânicos somente nível de pobreza teve significância estatística, níveis igual ou inferior a pobreza tiveram 70% menor probabilidade de ter contato inicial com médico.</p>
-------------------------	-------------	------------	---	----------------------	---	--	--

continuação

<p>Pourat, N. Lubben J, Yu H, Wallace S, 2000.</p>	<p>1992 1993</p>	<p>EUA Califórnia</p>	<p>Identificar se as diferenças culturais interferem na percepção de saúde e nos cuidados ambulatoriais.</p>	<p>Idosos asiáticos (coreanos) 223 e asiáticos americanos 201 (brancos)</p>	<p>Número de visitas ao médico ocidental nos últimos 12 meses.</p>	<p>Predisponentes: idade, sexo, estado civil, escolaridade, cultura, religião. Capacitantes: seguro, renda, apoio social e viver sozinho. Necessidade de Saúde: percepção de saúde, doenças crônicas e funcionamento (AVD, AIVD).</p>	<p>O número de visitas foi em média 8 consultas por paciente. Coreanos tinham mais visitas em média ao consultório médico (11) em comparação com os brancos (8). Uma pior percepção de saúde esta associada com um maior uso dos serviços, mais signficante entre os brancos.</p>
<p>Nabalamba, A, Millar WJ, 2007.</p>	<p>2005</p>	<p>Canadá</p>	<p>Descrever padrões de consultas com clínicos gerais e especialistas e testar os fatores associados.</p>	<p>120.559 pessoas maiores de 18 anos e 28.197 com 65 ou mais. Dados do Inquérito Comunitário de Saúde Canadense.</p>	<p>Consulta com clínico geral ou uma consulta especializada nos últimos 12 meses.</p>	<p>Predisponentes: idade, sexo. Capacitantes: renda familiar, educação e local de residência (urbana/rural) e unidades de saúde e linguagem. Necessidade: saúde autorreferida geral e doenças crônicas.</p>	<p>Dos idosos 88% relataram que havia consultado um médico de saúde da família, 44% fizeram 4 ou mais vezes e 34% (pouco mais de um terço) tinham consultado um especialista no ano anterior. Foi encontrada forte associação entre necessidade de saúde individual como condição crônica de saúde e autopercepção de saúde. Pessoas com maior número de doenças crônicas, saúde mental e saúde geral regular ou ruim tiveram maior número de visitas múltiplas ao médico geral e especialistas.</p>

continua

<p>Wong R, Díaz J.J, 2007.</p>	<p>2001</p>	<p>México</p>	<p>Examinar os determinantes da utilização dos serviços de saúde entre a população de idosos no México.</p>	<p>12.400 indivíduos com 50 anos ou mais.</p>	<p>Consultas médicas e internação hospitalar nos últimos 12 meses.</p>	<p>Predisponentes: idade. Capacitantes: tipo de trabalho, renda, bens e pensões, educação, seguro de saúde e local de residência rural/urbana. Necessidade, condição de saúde autorrelatada. Outras variáveis: história da migração familiar, redes familiares e transferências.</p>	<p>A proporção da realização de consultas médicas, por indivíduos com 60-69 anos e 70 anos ou mais foi semelhante, correspondendo a 0, 713 e 0, 701 respectivamente. A idade avançada esta associada com maior uso dos serviços, mas quando controlada pelas condições de saúde perde força de associação. O sexo feminino em ambas as faixas etárias utilizou mais o serviço médico quando comparado com os homens. O autorrelato de doenças crônicas é superior em mulheres (17%) do que em homens (13%), como o exemplo, no caso de diabetes mellitus.</p>
<p>Peñarrieta deCMI et.AL, 2006.</p>	<p>2003-2004</p>	<p>México, Tamaulipas</p>	<p>Investigar uso dos serviços de saúde em idosos e os fatores associados.</p>	<p>7.370 idosos, com 60 anos ou mais.</p>	<p>Uso de centros de saúde e consultas privadas.</p>	<p>Predisponentes: sexo, idade, estado civil. Capacitantes: condição socioeconômica, escolaridade e seguro. Necessidade: autoavaliação de saúde e presença de pelo menos uma doença crônica.</p>	<p>80% afirmaram utilizar frequentemente o serviço de saúde. Com relação auto percepção de saúde 11% afirmaram ser ruim. Não foi encontrado significância entre necessidade de saúde: doenças crônicas e auto percepção de saúde com o uso dos serviços.</p>

continuação

Noronha, KVMdS, Andrade MV, 2005.	2000	Buenos Aires, São Paulo, Santiago, Havana, Cidade do México e Montevidéu	Verificar se existe desigualdade social em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos das diferentes cidades.	Dados do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE) em idosos.	Consultas médicas ambulatoriais e frequência, e internação hospitalar, nos últimos 4 meses.	Capacitantes: escolaridade, renda, Necessidade de saúde: capacidade de realização da AIVD, AVD, e utilização dos serviços de saúde.	Os resultados indicaram, em geral, desigualdade na utilização dos serviços de saúde, favorecendo os grupos de idosos que possuíam maior escolaridade em todas as cidades, exceto em São Paulo.
Llanos AA. Et.AL 2009.	2007	Costa Rica	Consultas médicas e sua relação com os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade.	7.523 indivíduos de todas as idades, não institucionalizados.	Consulta com o médico no último mês, hospitalização e uso de serviço de emergência nos últimos 12 meses.	Predisponentes: sexo, idade. Capacitantes: educação, profissão, classe social, atividade de trabalho, renda, tipo de seguro, acesso aos serviços. Necessidade: carga de doenças e autopercepção de saúde.	Dos indivíduos com 65 anos ou mais, 23% realizaram pelo menos uma consulta ambulatorial. 13% dos idosos usaram serviço de urgência nos últimos 12 meses. Não foi observada diferença significativa entre o uso do serviço de consulta ambulatorial e faixa etária. Seguro de saúde, área (urbana/rural), local de residência e tempo para chegar a consulta, são fatores que determinam o uso de atendimento ambulatorial. Educação esta associada de forma significativa no uso de serviços de internação.
Scott, K.M., Marwick J.C, Crampton P.R, 2003.	Dados de 1996/1997	Nova Zelândia (Austrália)	Analisar a prevalência de consultas ao médico geral ou médico de família.	7.862 pessoas com idade acima de 15 anos. Dados do New Zeland Health SurveY	Número de visitas ao médico geral ou médico da família, nos últimos 12 meses.	Predisponentes: sexo, idade e etnia. Capacitantes: estrutura social, renda, seguro de saúde e localização (rural ou urbana).	Renda, etnia e possuir o seguro de saúde foram significativos em relação às consultas médicas, porém não significativas para a chance de realizar seis ou mais consultas médicas.

continua

continuação

						Necessidade: estado de saúde e percepção de saúde.	Renda está associada a realização de consultas, assim grupos com menor renda utilizam menos o serviço. As mulheres têm maior chance de ir ao consultório médico do que os homens. Gênero e o estado de força de trabalho foram significativos em serem usuários frequentes desse serviço, com maior força de associação entre os desempregados que não utilizavam o serviço.
Parslow, R., A. et.AL, 2004.	2000 e 2001	Austrália	Testar a hipótese as mulheres são mais influenciadas pelos fatores de não-saúde em relação aos homens na obtenção de cuidados médicos.	4.140 adultos de meia idade, com idade de 40 até 64 anos.	Número de consultas médicas do serviço primário, nos últimos 6 meses.	Fatores predisponentes: idade, sexo, estado civil. Capacitantes: educação, rede social, problemas financeiros e desemprego. Necessidade: saúde autorreferida geral e mental e número de doenças crônicas e uso de álcool.	As mulheres também realizaram mais consultas ao médico geral. Homens mais velhos eram significativamente mais propensos a ter feito repetidas visitas ao médico geral, este não era o caso para as mulheres. Os fatores associados com o apoio da família contribuíram significativamente para o uso do serviço. Não houve diferença significativa entre os fatores que não estavam relacionados à saúde que explique o uso do serviço médico por homens e mulheres.

continua

continuação

<p>Knox, S.A Britt H, 2004.</p>	<p>2001 e 2002</p>	<p>Austrália</p>	<p>Investigar os fatores demográficos e específicos de morbidade relacionados com a frequência de visitas ao médico geral.</p>	<p>10.755 indivíduos de todas as idades</p>	<p>Frequência de consultas médicas nos últimos 12 meses, ao médico geral do programa governamental (BEACH).</p>	<p>Demográficas: sexo e idade. Capacitantes: local de residência e posse do cartão de saúde (marcador socioeconômico) .Necessidade: morbidades como: osteoartrite, depressão, asma, diabetes e doenças cardiovasculares.</p>	<p>Pacientes fizeram em média 8,8, IC 95% (8,3 – 9,2) visitas ao médico por ano, os pacientes com idade acima de 65 anos foram mais representados. O número de visitas nos últimos 12 meses aumentou de acordo com a idade assim como a quantidade de morbidades. Os principais problemas associados a uma maior demanda de consultas médicas foram ansiedade, depressão e dor nas costas. O estudo demonstrou que doenças crônicas possuem efeito sobre a frequência das visitas.</p>
<p>Miltiades, H. B; Wu B, 2008.</p>	<p>2000 1º parte e 2003 2º parte</p>	<p>China</p>	<p>Avaliar diferenças na utilização de consultas médicas, entre chineses imigrantes e nativos, com fatores culturais e de utilização do serviço.</p>	<p>Idosos acima de 60 anos, 177 Chineses imigrantes de Boston e 420 chineses de Shanghai.</p>	<p>Frequência de consultas ao médico ocidental, nos últimos 12 meses.</p>	<p>Predisponentes: sexo, idade, estado civil, uso da medicina chinesa e tempo em anos que vive nos EUA. Capacitantes: renda, rede social, educação e seguro de saúde. Necessidade: status de saúde, depressão e condição crônica.</p>	<p>Identificou que a média de consultas médicas nos últimos 12 meses foi de 2.5 visitas e 3.3 visitas por idosos chineses de Changai e imigrantes de Boston, respectivamente. Após modelo de regressão para amostra de Boston, status de saúde, e rede social foram positivamente associadas à utilização médico, enquanto ser não segurados foi negativamente associado. Já na amostra de Shanghai os fatores associados foram uso da</p>

continua

							medicina chinesa, estar casado e os fatores de necessidade. Idosos que relataram maior rede social e piores condições de saúde frequentavam mais o médico e os sem seguro de saúde utilizavam menos os serviços médicos do que os com seguro.
Pinheiro RS, Travassos C, 1999.	1999	Cidade do Rio de Janeiro	Existência de desigualdades sociais no consumo de serviços de saúde.	780 idosos (260 em cada região)	Consultas médicas, nos 3 últimos meses.	Sexo, idade, escolaridade, morbidade autorreferida, tempo de serviço, renda familiar.	Pouco mais de 60% dos idosos referiram utilizar serviços de saúde nos três meses que antecederam a entrevista na área de Copacabana e Méier, enquanto que os residentes de Santa Cruz foram cerca de 50%. Em todas as regiões a maioria possuía plano de saúde privado.
Barreto SM, Kalache A, Giatti L, 2006.	1998	Brasil	Explorar as diferenças de gênero nas diferenças dos cuidados de saúde.	12.757 homens e 16.186 mulheres Incluiu todos os indivíduos com 60 anos ou mais, que participaram da PNAD 1998.	Consulta ambulatorial nas duas semanas anteriores, número de visitas ambulatoriais e internação hospitalar nos últimos 12 meses.	Demográficas: sexo e idade. Socioeconômicas: Renda, escolaridade e local de residência e cobertura de plano de saúde privado. Estado de saúde: doenças crônicas, nível de dificuldade de realizar atividades de vida diária (AVD) e de mobilidade.	Estudo baseado em uma amostra nacional da PNAD de 1998, com todos idosos, analisou a influência do gênero na utilização dos serviços de saúde em idosos, e verificou que apesar do mau estado de saúde estar associado com uma maior utilização do serviço de saúde quando analisado o sexo, houve diferença significativa no padrão de uso, após ajuste por idade, estado de saúde e renda. Mulheres mais

							velhas relataram maior número de consultas ambulatoriais, enquanto idosos do sexo masculino, maior número de internações hospitalares (cuidados hospitalares) independente do estado de saúde.
Lima-Costa MF Loyola Filho Ald, Matos DL, 2007.	2007	Brasil	Verificar as tendências entre 1998 e 2003 das condições de saúde e do uso de serviços de saúde.	28.943 idosos PNAD 1998 e 35.042 idosos PNAD 2003.	Número de consultas médicas nos últimos 12 meses e número de hospitalizações nos últimos 12 meses.	Demográficas: sexo e idade. Condição de saúde autorreferida, carga de doenças. Outra variável: cobertura por plano de saúde.	A prevalência da realização de consultas médicas nos últimos 12 meses foi de 13,9% para pelo menos uma consulta, duas consultas 14%, três ou mais 44,3% e nenhuma consulta realizada 27,8% entre os idosos entrevistados. Já na PNAD de 2003 a taxa de realização de pelo menos uma consulta médica dói de 12,7%, duas consultas 14,3%, três ou mais 51% e nenhuma consulta realizada 22%. Não houve diferença entre o número de consultas de acordo com a idade entre as mulheres, entretanto para os homens o número de consultas médicas aumenta com o avançar da idade.

Louvison MCP, Lebrão ML, 2008.	2000	Município de São Paulo	Analisar os fatores relacionados à determinação e às desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde por idosos.	2.143 Idosos 60 anos ou mais	Utilização ou não de serviços ambulatoriais nos 4 meses anteriores a pesquisa	Predisponentes: sexo e idade. Capacitantes: renda, escolaridade e seguros privados. Necessidade: autopercepção de saúde, presença de pelo menos uma doença crônica autorreferida: HAS, DM, problemas nervosos ou psiquiátricos.	A taxa de realização de pelo menos uma consulta nos último ano anterior a pesquisa foi de 83,3% entre os idosos. A presença de doenças crônicas e uma pior autopercepção de saúde foram determinantes no uso dos serviços, mesmo após ajuste. Quanto maior a escolaridade menor a utilização de serviços de saúde, mesmo na presença de outros fatores, de forma contrária a variável renda. A interação renda e escolaridade (OR=1,40), assim como ter frequentado escola (OR=0,66) foram significativas. O uso de serviços foi maior em idosos com pior autopercepção de saúde (OR=1,92), presença de doenças (OR=2,73), seguro de saúde privado (OR=1,57) e sexo feminino (OR=1,55).
--------------------------------	------	------------------------	--	------------------------------	---	---	---

## conclusão

Costa JSdD, Reis MC, 2008.	1999-2000	Pelotas, RS	Estimar a prevalência de consultas com médico e analisar fatores a ela associados.	1.800 Indivíduos, com idade de 20 a 69 anos.	Consultar com médico, nos últimos 12 meses.	Demográficas: sexo, idade, cor da pele observada e estado civil. Socioeconômicas: renda e escolaridade. Necessidade: Estado nutricional (IMC), doenças crônicas e internação hospitalar. Hábitos de vida: tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.	A prevalência de consultas médicas, para indivíduos com idade entre 60 a 69 anos foi de 69,4% entre os homens e 91,5% entre as mulheres. Os principais motivos que levaram a realização de consulta médica encontram-se o fato de ser portadora de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, ter sofrido hospitalização no último ano e não ser fumante.
----------------------------	-----------	-------------	--	--	---	--	---



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever a prevalência de consultas médicas entre idosos nos últimos três meses e os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade associados em Florianópolis, Santa Catarina 2009/2010.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Descrever a prevalência de consulta médica segundo o tipo de serviço utilizado pelos idosos (público ou privado).
- b) Descrever os locais de procura para o atendimento médico.
- c) Descrever os principais motivos da procura pela consulta médica.
- d) Testar a associação entre realização de consulta médica nos últimos três meses e fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade.



## 4 MÉTODOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional realizado no município de Florianópolis em 2009 e 2010. O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado EpiFloripa Idoso, que estudou as condições de vida e saúde da população idosa do município. Ela foi desenvolvida por pesquisadores da área da saúde da Universidade Federal de Santa Catarina e os participantes da pesquisa responderam a um questionário sobre condições de saúde e foram registradas medidas como o peso, a altura, o perímetro da cintura e a pressão arterial.

### 4.2 POPULAÇÃO ALVO

Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (idosas), de ambos os sexos e residentes na área urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina, nos anos de 2009 e 2010. Não foram selecionados idosos que residiam em área urbana devido à dificuldade de logística de campo. Além disso, a proporção de idosos residentes em área rural no município é pequena, sendo de apenas 3,79% em 2010<sup>2</sup>.

### 4.3 PROCEDIMENTO AMOSTRAL

O processo de amostragem foi realizado em duplo estágio. As unidades primárias de amostragem foram os setores censitários, de acordo com o censo demográfico de 2000 conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>(43)</sup>. Havia no município 420 setores censitários domiciliares urbanos; Inicialmente, foram selecionados 60 através de sorteio sistemático; diante da necessidade de ampliação da amostra, 20 setores adicionais foram sorteados posteriormente, totalizando em 80 setores sorteados. Os 420 setores censitários foram estratificados em decis de acordo com a média de renda do chefe da família, tendo sido sorteados 8 setores em cada estrato.

Como o censo do IBGE mais atual datava de nove anos antes da realização do campo do presente estudo, foi necessário realizar

---

<sup>2</sup> Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010 – resultados preliminares. Disponível em <<http://www.sidra.ibge.gov.br/>>. Acesso em 07 ago 2012.

novamente a contagem de domicílios particulares permanentes em cada setor sorteado. Os supervisores de campo - alunos de pós-graduação dos Programas de Saúde Coletiva, Educação Física e Nutrição e graduação em Enfermagem - fizeram a contagem dos domicílios de todos os setores sorteados, com auxílio de mapas e das informações do IBGE. Foram registrados apenas domicílios residenciais cujos endereços estavam permanentemente ocupados.

Para diminuir a variação entre o número de domicílios nos setores, devido ao último censo do IBGE estar desatualizado, os setores que possuíam menos de 100 domicílios foram agrupados e setores com mais de 500 domicílios foram divididos, considerando-se a proximidade da região geográfica e o decil de renda dos setores. Após a atualização, fusões e divisões chegou-se ao total de 83 setores.

#### **4.3.1 Cálculo do tamanho da amostra**

O cálculo amostral foi realizado no programa Epi-Info, versão 6.04 e feito com base na estimativa da população idosa de Florianópolis em 2009, que foi de 44.460 pessoas, equivalente a 10,8% do total da população estimada (IBGE, 2009).

Para o cálculo da prevalência do grande estudo, considerou-se nível de confiança de 95%, prevalência esperada do fenômeno a ser investigado na população de 50%, erro amostral de 4 pontos percentuais, efeito do delineamento amostral (*d<sub>eff</sub>*) igual a 2 e perdas estimadas de 20%. Obteve-se, assim, amostra final de 1.416 pessoas. Porém, dada a viabilidade financeira, decidiu-se pela ampliação da amostra, totalizada em 1.911 pessoas elegíveis para o estudo.

O cálculo do tamanho da amostra para testar as associações do presente estudo foi calculado a posteriori, conforme demonstrado na Tabela 2. As variáveis para teste das associações foram categorizadas de forma dicotômica, assim sendo idade ficou como '60-69' e '70 anos ou mais', cor da pele foi dividida como 'branca' e 'outras' (parda, preta, amarela e indígena), renda segundo a mediana, escolaridade como '0-8' e '9 ou mais anos de estudo', doença crônica como 'nenhuma a duas' e 'duas ou mais' doenças crônicas, percepção de saúde como 'muito boa/boa/regular' e 'ruim/muito ruim'.

Tabela 2 – Cálculo do tamanho da amostra para teste das associações das variáveis independentes com a realização de consultas médicas.

Variáveis	Nível de confiança %	Poder da amostra %	Razão não expostos/ expostos	Medida de efeito (OR)	Prevalência do desfecho nos não expostos	Prevalência do desfecho nos expostos	Tamanho da amostra (deff+perdas 10%)
Sexo	95	50,6	0,61	1,39	66,1%	73,0%	1705
Idade	95	12,9	0,94	1,15	69,0%	72,0%	1697
Cor da Pele	95	7,5	0,15	1,15	67,5%	70,7%	1693
Escolaridade	95	7,7	1,43	1,10	69,2%	71,3%	1685
Renda	95	2,0	0,92	1,02	70,2%	70,7%	1705
Plano de saúde particular	95	14,5	0,51	1,18	68,2%	71,6%	1705
Doença crônica	95	99,8	0,10	3,55	43,2%	73,0%	1705
Autopercepção de saúde	95	59,0	9,18	2,00	69,1%	81,8%	1703
Dor crônica	95	95,0	1,77	1,87	66,0%	78,4%	1703

Fonte: Elaborada pela autora.

#### 4.3.2 Cálculo do número de domicílios que foram visitados em cada setor censitário

Os 83 setores censitários foram compostos por um total de 22.846 domicílios. Segundo o IBGE (2000), o número médio de moradores por domicílio equivale a 3,1. Como os idosos correspondem a aproximadamente 11% da população, obtêm-se em média, por setor censitário, 102 pessoas na faixa etária de interesse ou 1 idoso a cada três domicílios. Estimou-se, portanto, que deveriam ser visitados cerca de 60 domicílios por setor censitário, para se encontrar os 20 idosos. Esses domicílios foram sorteados de forma sistemática e todos os idosos residentes nos domicílios sorteados foram entrevistados.

Em virtude da disponibilidade de recursos financeiros, estimou-se realizar 23 entrevistas por setor censitário, permitindo uma maior variabilidade da amostra, e obtendo-se, desta forma, 1.911 idosos elegíveis para o estudo. A taxa de não resposta do estudo foi de 10,9%, o que originou em uma amostra final de 1.705 idosos efetivamente entrevistados.

### **4.3.3 Critérios inclusão e exclusão**

Foram incluídos no estudo indivíduos com 60 anos ou mais. Não foram incluídos indivíduos institucionalizados (asilos, hospitais, etc.), pessoas com incapacidade motora severa (tetraplégicos, paralisia cerebral, etc.) e sem condições físicas ou psicológicas de responder o questionário.

## **4.4 LOGÍSTICA DE TRABALHO DE CAMPO**

### **4.4.1 Seleção e treinamento das entrevistadoras**

As entrevistadoras foram selecionadas e treinadas durante duas semanas com carga horária de 20 horas, a partir de um manual de instruções para equipe de campo, pelos coordenadores e supervisores do estudo. As entrevistadoras foram remuneradas pela atividade, eram todas do sexo feminino e com escolaridade mínima de ensino médio completo.

### **4.4.2 Pré-teste e estudo piloto**

Foram realizadas 20 entrevistas como pré-testes em idosos do Núcleo de Estudos da Terceira Idade, (NETI-UFSC), com a finalidade de averiguar a compreensão das perguntas e ajustar a ordem das questões, adequando-se o tempo máximo de entrevista (uma hora e meia) e procurando-se melhorar a qualidade das informações coletadas pelo questionário.

O estudo piloto foi realizado no mês de agosto de 2009. Foram entrevistados 99 idosos escolhidos a partir de sorteio de domicílios em setores censitários não pertencentes à amostra do estudo propriamente dito. Esta etapa foi importante para avaliar o desempenho e situações práticas de coletas de dados pelas entrevistadoras, permitindo a avaliação geral do questionário e aspectos operacionais do estudo.

### **4.4.3 Coleta de dados**

Os dados foram coletados por meio de um aparelho eletrônico móvel de pequenas dimensões, o *Personal Digital Assistants* (PDA). Esse dispositivo permite o armazenamento e a transferência das informações diretamente para computadores convencionais. Em caso de dúvida ou outra dificuldade qualquer durante o campo, as

entrevistadoras dispunham do manual de instruções impresso e poderiam recorrer ao seu supervisor por telefone.

Para iniciar a coleta dos dados houve trabalho de divulgação da pesquisa por meio da comunicação em mídia, como telejornal local, programas de rádio, distribuição de cartazes no comércio, igrejas e conselhos comunitários, além da divulgação verbal direta nos estabelecimentos de saúde e nos núcleos de idosos localizados na Universidade Federal de Santa Catarina.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2009 e junho de 2010, totalizando dez meses de pesquisa. Previamente às consultas para entrevistas, em todos os domicílios eram entregues cartas de apresentação da pesquisa.

#### **4.4.4 Suporte técnico**

A equipe de coordenação e supervisão de campo realizava reuniões semanais com intuito detectar problemas e dificuldades enfrentados no campo, além da revisão de entrevistas e repasse das entrevistas realizadas.

Supervisores de campo acompanhavam diretamente o trabalho das entrevistadoras, tendo cada um sob supervisão no máximo duas entrevistadoras. As atribuições dos supervisores incluíam reunião semanal com as entrevistadoras para esclarecimento de dúvidas e liberação do pagamento, distribuição de material de campo, com devido controle da saída de materiais, auxílio na resolução de dúvidas e dificuldades encontradas pelas entrevistadoras, tais como acompanhamento das entrevistas de domicílios de difícil acesso, conferência das entrevistas concluídas, correção das possíveis inconsistências do banco de dados e verificação da ficha de perdas e recusas e dos registros do diário de campo.

#### **4.5 ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIAS**

A verificação das inconsistências dos dados foi realizada pela equipe de coordenação do estudo a partir da frequência simples dos dados e comparando-se ao possível esperado para cada questão. Quando identificadas inconsistências o supervisor de campo se responsabilizava por corrigir a informação e averiguar com o entrevistador.

#### 4.6 CONTROLE DE QUALIDADE

Em 10% da amostra foi reaplicado questionário simplificado contendo perguntas chave (Anexo 2), objetivando o ajuste da precisão do estudo. Essas entrevistas rápidas foram realizadas semanalmente pelos supervisores de campo por telefone em amostra sorteada. A concordância das respostas foi medida através do teste *kappa*, visando o cálculo de reprodutibilidade de algumas questões do presente estudo.

#### 4.7 PERDAS E RECUSAS

Consideraram-se perdas as pessoas que não foram encontradas ou não atenderam a entrevistadora em suas visitas – pelo menos quatro em horários diferentes, sendo uma a noite ou ao meio dia e duas no final de semana. Idosos que estavam impossibilitados de responder a entrevista por motivos de viagem, doença ou internação hospitalar também foram definidos como perdas.

Para definição de recusas consideraram-se os indivíduos que se recusaram a participar da pesquisa. Houve mais duas tentativas, pela entrevistadora, porém em diferentes horários. As recusas e perdas não foram substituídas.

No caso do domicílio sorteado não possuir nenhum morador elegível para pesquisa, escolheu-se a casa imediatamente à direita para procura de novos potenciais participantes da pesquisa.

#### 4.8 FINANCIAMENTO

O projeto original que deu origem a este estudo, intitulado “Condições de saúde da população idosa do município de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional, 2008”, coordenado pela Professora Eleonora d’Orsi, obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), sob processo número 569834/2008 2, do Edital/Chamada nº 06/2008 Faixa B.

#### 4.9 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento de coleta estava estruturado em blocos de áreas temáticas, sendo abordados neste estudo os seguintes blocos (Anexo 1), disponível em <http://www.epifloripa.ufsc.br/>

- a) Bloco de informações gerais (pessoais, demográficas e socioeconômicas);
- b) Bloco sobre serviços de saúde (plano de saúde, tipo de serviço utilizado pelos idosos; locais de procura para o atendimento médico; principais motivos da procura pela consulta médica);
- c) Bloco Condições de Saúde e Hábitos de Vida (autopercepção de saúde);
- d) Bloco Morbidades (presença de doença crônica e dor na maioria dos dias).

#### **4.10 Variáveis do estudo**

##### **4.10.1 Variável dependente**

A variável dependente do presente estudo foi a realização, autorreferida, de consulta médica nos últimos três meses, obtida através da seguinte pergunta: “*Nos últimos três meses, o (a) Sr(a) consultou com médico?*”.

##### **4.10.2 Variáveis independentes**

As variáveis independentes analisadas no presente estudo serão sexo, idade, cor da pele autorreferida, escolaridade, renda *per capita*, posse de plano de saúde, autopercepção de saúde e presença de doença e dor crônica, conforme o Quadro 2.

Quadro 2– Variáveis independentes utilizadas no estudo.

<b>Variável</b>	<b>Modo de coleta</b>	<b>Modo de análise</b>	<b>Referência</b>
<b>Sexo</b>	Masculino Feminino	Masculino Feminino	Classificação geral.
<b>Idade</b>	Variável discreta	60 - 69 anos 70 - 79 anos 80 anos ou mais	Classificação de acordo com interesse do estudo.
<b>Cor da pele autorreferida</b>	Branca Parda Preta Amarela Indígena	Branca Parda Preta	Classificação de acordo com o censo do IBGE. <sup>(43)</sup>
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>	0 a 4 anos 5 a 8 anos 9 a 11 anos 12 anos ou mais	0 a 4 anos 5 a 8 anos 9 a 11 anos 12 anos ou mais	Classificação de acordo com interesse do estudo.
<b>Renda mensal per capita em reais</b>	1º quartil (R\$0,00 a 327,50) 2º quartil (R\$327,51 a R\$700,00) 3º quartil (R\$700,01 a R\$1.500,00) 4º quartil (R\$1.500,01 a R\$75.000,00)	1º quartil (R\$0,00 a 327,50) 2º quartil (R\$327,51 a R\$700,00) 3º quartil (R\$700,01 a R\$1.500,00) 4º quartil (R\$1.500,01 a R\$75.000,00)	Classificação de acordo com interesse do estudo.

continua

continuação

<b>Posse de plano de saúde particular</b>	Não Sim	Não Sim	De acordo com questionário aplicado.
<b>Doença Crônica</b>	Doença de coluna, Artrite ou reumatismo, <u>Fibromialgia</u> , <u>Câncer</u> , <u>Diabetes</u> , <u>Bronquite</u> ou asma, <u>Hipertensão</u> , Doença cardiovascular, <u>Insuficiência renal crônica</u> , <u>Depressão</u> , <u>Esquizofrenia</u> , <u>Tuberculose</u> , <u>Tendinite</u> ou <u>tendossinovite</u> , <u>Cirrose</u> , <u>Acidente vascular cerebral</u> , <u>Úlcera no estômago</u> ou <u>duodeno</u>	Nenhuma doença crônica <u>1</u> doença crônica <u>2</u> ou mais doenças crônicas	Classificação de acordo com interesse do estudo.
<b>Auto-percepção de saúde</b>	Muito Boa Boa Regular Ruim Muito Ruim	Positiva (Muito Boa e Boa) Negativa ( <u>Regular</u> , <u>Ruim</u> e <u>Muito Ruim</u> )	De acordo com questionário aplicado.
<b>Sofrer dor na maioria dos dias</b>	Não Sim	Não Sim	De acordo com questionário aplicado

#### 4.11 Análise dos dados

Inicialmente foi realizada análise do tipo descritiva. Foram estimadas as prevalências de consultas médicas para a população como um todo e segundo as variáveis exploratórias. Também foram descritos o tipo de serviço utilizado (público ou privado), os locais de atendimento (posto de saúde, consultório médico, ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato, ambulatório ou consultório de clínica, ambulatório de hospital, pronto-socorro ou emergência ou atendimento domiciliar) e os principais motivos da procura pela consulta médica (acidente ou lesão, doença, atestado de saúde, consulta de rotina (ou *check-up*), outros atendimentos preventivos, sintomas inespecíficos).

Em seguida foi realizada a análise de associação simples entre o desfecho e as variáveis independentes e, por fim, optou-se por utilizar a modelagem plana para a análise multivariada, por meio da Regressão de Poisson, já que Andersen propõe através do modelo comportamental do uso dos serviços de saúde que o blocos das variáveis não possuem hierarquia, mas sim um ciclo onde os blocos determinantes se retroalimentam simultaneamente.<sup>(27)</sup> Na análise múltipla, foram inseridas as variáveis com  $p < 0,200$  na análise não ajustada, conforme ordem crescente do valor de  $p$ . No modelo final foram mantidas as variáveis que apresentaram  $p < 0,05$  ou que serviram como variáveis de ajuste.

Na presente análise foram utilizados os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade conforme proposto por Andersen.<sup>(27)</sup> Os fatores de capacitação se referem à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde e estão diretamente ligados às condições econômicas e à oferta de serviços, como renda pessoal, planos de saúde, suporte familiar e disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados. Os fatores de necessidade estão ligados às percepções subjetivas das pessoas e ao seu estado de saúde. Por fim, os fatores de predisposição referem-se às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde, como, por exemplo, sexo e idade.

Foi utilizado o programa Stata 9.0 para a análise dos dados e consideraram-se os pesos amostrais e o efeito de delineamento por meio do comando *svy*, projetado para a análise de dados provenientes de amostras complexas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e seguiu a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

#### **4.12 Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, em 23/12/2008 e sob protocolo número 352/2008.

Os participantes da pesquisa eram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e, caso desejassem participar da pesquisa, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). Foi garantida a preservação do sigilo e confidencialidade das informações, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.



## 5 REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde, tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005. p. 60.
2. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;17:333-41.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo demográfico. 2002. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. População brasileira envelhece em ritmo acelerado. (Comunicação social de 27 nov. 2008). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 30 mai 2010.
5. Veras RP. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. *Revista de Saúde Pública*. 1991;25:476-88.
6. Costa JSDd, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RdS, Piccinini F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. *Rev saúde pública*. 2008;42(6):1074-84.
7. Peixoto SV, Giatti L, Elmira Afradique M, Fernanda Lima-Costa M. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2004;13:239-46.
8. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973 Winter;51(1):95-124.
9. Branch L, Jette A, Evashwick C, Polansky M, Rowe G, Diehr P. Toward understanding elders' health service utilization. *J Community Health*. 1981 Winter;7(2):80-92.

10. Capilheira MF, da Silva Dos Santos I. Fatores individuais associados a utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica*. 2006 Jun;40(3):436-43.
11. Knox SA, Britt H. The contribution of demographic and morbidity factors to self-reported visit frequency of patients: a cross-sectional study of general practice patients in Australia. *BMC Fam Pract*. 5. England 2004. p. 17.
12. Nabalamba A, Millar WJ. Going to the doctor. *Health Rep*. 2007 Feb;18(1):23-35.
13. Wong R, Díaz JJ. Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities. *Salud pública Méx*. 2007;49(supl.4):s505-s14.
14. Lima-Costa MF, Loyola Filho AId, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:2467-78.
15. Llanos AA, Morera-Salas M, Barber-Pérez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y, Varga JR. Factores Relacionados con la Utilización de Servicios de Salud en Costa Rica, 2009;11(3):323-35.
16. Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad saúde pública*. 1999;15(3):487-96.
17. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ESd. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42:733-40.
18. Chen LM. Is there disparity in physician service use? A comparison of Hispanic and white Medicare beneficiaries. *Health Soc Work*. 2010 Aug;35(3):181-90.

- 19.Scott KM, Marwick JC, Crampton PR. Utilization of general practitioner services in New Zealand and its relationship with income, ethnicity and government subsidy. *Health Serv Manage Res.* 2003 Feb;16(1):45-55.
- 20.Schappert SM, Burt CW. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001-02. *Vital Health Stat 13.* 2006 Feb(159):1-66.
- 21.Pourat N, Lubben J, Yu H, Wallace S. Perceptions of health and use of ambulatory care: differences between Korean and White elderly. *J Aging Health.* 2000 Feb;12(1):112-34.
- 22.Miltiades HB, Wu B. Factors affecting physician visits in Chinese and Chinese immigrant samples. *Soc Sci Med.* 66. England2008. p. 704-14.
- 23.Burt CW, Schappert SM. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 1999-2000. *Vital Health Stat 13.* 2004 Sep(157):1-70.
- 24.Cherry D, Lucas C, Decker SL. Population aging and the use of office-based physician services. *NCHS Data Brief.* 2010 Aug(41):1-8.
- 25.Pappa E, Niakas D. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. *BMC Health Serv Res.* 6. England2006. p. 146.
- 26.Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de Saúde Pública.* 1997;13:325-30.
- 27.Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care.* 2008 Jul;46(7):647-53.
- 28.Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995 Mar;36(1):1-10.
- 29.Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública.* 2004;20:S190-S8.

30. Andersen RM, Davidson PL. Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, Afifi AA, Rosenstock L, editores. Changing the U.S. Health care system: key issues in health services policy and management. 3ª Ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2000. p.3-33.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
32. Wong L.R , Carvalho J.A.M, Perpétuo IHO. A transição da estrutura etária da população brasileira no curto e médio prazos – evidências sobre o panorama demográfico com referências às políticas de sociais, particularmente às de saúde. IN: RIPSIA Informe de situação e Tendências, editor. Demografia e saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. 2008. p. 27-52.
33. Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos demográficos. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.
34. Ministério da Saúde MS. Relatório Série Pactos pela Saúde, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. 2006. p. 9.
35. Lima-Costa MF, Matos DL. Tendências das condições de saúde e uso dos serviços de saúde da população idosa brasileira: Relatório Saúde Brasil, 2008, Ministério da Saúde (M.S) Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. 2009. p. 386-406.
36. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:3689-96.
37. Fernandez E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J Epidemiol Community Health*. 1999 Apr;53(4):218-22. PubMed PMID: 10396547.

38. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med*. 3. United States 2005. p. 215-22.

39. Peñarrieta de Codova MI, Curi Mercado EJ, Piñones Maritínez S, Gutiérrez Gómez T, Ángel Bd. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud por el adulto mayor a Tampico û Tamaulipas û México 2003-2004. *Invest educ enferm*. 2006;24(2):30-8.

40. Noronha KVMdS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;17:410-8.

41. 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*. 59. England 2004. p. 2121-9.

42. Barreto SM, Kalache A, Giatti L. Does health status explain gender dissimilarity in healthcare use among older adults? *Cad saúde pública*. 2006;22(2):347-55.

43. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População brasileira. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 fev 2009.



## **PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO**



**1****Artigo científico****Prevalência de consultas médicas em idosos e fatores capacitantes, predisponentes e de necessidade associados: estudo de base populacional, Florianópolis, 2009-2010.**

*Prevalence of doctor's office visits with elderly and enabling factors, predisposing and by need associated: population-based study, Florianópolis, 2009-2010.*

**Juliana Regina Destro<sup>1</sup>****Antonio Fernando Boing<sup>1</sup>**

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.

**Autor para correspondência**

Antonio Fernando Boing

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário – Trindade

Departamento de Saúde Pública

88040-970 Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: antonio.boing@ufsc.br

**Resumo**

Objetivo: Analisar a prevalência de consultas médicas e os fatores associados entre idosos. Métodos: Estudo transversal de base populacional com 1.705 idosos com 60 anos ou mais, residentes na área urbana do município de Florianópolis, SC, em 2009-2010. A amostra foi complexa, sendo os setores censitários as unidades primárias e os domicílios o segundo estágio. Para análise de associação foi realizada a Regressão de Poisson tendo como variáveis independentes fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade, segundo modelo teórico de Andersen. Resultados: A taxa de resposta foi de 89,2%. A prevalência de consultas médicas por idosos foi de 70,4% (IC 95%: 67,5-73,4). Na análise bruta associaram-se com maior prevalência de consultas médicas o sexo feminino, o maior acúmulo de doenças crônicas, a autopercepção negativa de saúde e o relato de dor crônica. A análise multivariável identificou que possuir pelo menos uma doença crônica e ter uma autopercepção de saúde negativa estiveram associados positivamente ao desfecho. Conclusões: O estado de saúde

autorreferido e a presença de doenças crônicas foram os principais determinantes da utilização dos serviços de médicos, apontando para uma igualdade no uso dos serviços, já que para o acesso ocorrer de forma equitativa o fator da necessidade deve ser o principal determinante na utilização, enquanto os fatores predisponentes e capacitantes devem representar uma pequena proporção da variação no uso dos serviços.

**Descritores:** serviços de saúde, assistência à saúde, visita a consultório médico, idosos, epidemiologia.

### **Abstract**

**Objective:** To assess the prevalence of medical and determinants among the elderly. **Methods:** Cross-sectional population-based with 1705 elderly aged 60 or older living in the urban region of Florianópolis, SC in the years of 2009 and 2010. The selection of participants was performed using two-stage cluster, the census tracts was the primary units and households made the second stage. For this analysis, Poisson regression was performed according to the predisposing variables, enabling and necessities, as the Anderson's theoretical model. **Outcomes:** The response rate was 89.2%. The prevalence of physician appointments by older adults was 70.4% (95% C.I 67.5 to 73.4). In the gross analyze associate with higher prevalence of medical appointments, the female gender, presença of chronic diseases, low self-perception of health And the report of chronic pain. The multivariate analysis showed that it has, at least, one chronic disease and that it also has a negative health self-rated and that was positively associated to the outcome. **Conclusions:** The self-reported health status and the presence of chronic diseases were the main determinants of the medical services utilizations, addressing to the equality in service use, as to the access to occur fairly with the necessity fact, which was the main determinant in use, while the predisposing and enabling should represent a small proportion of the variation in the use of services.

**Key words:** health care, health care assistance, visits to a doctor's office, elderly, epidemiology.

## Introdução

A proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária em diversas regiões do mundo. Em 2025 haverá aproximadamente 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos no mundo e estima-se que até 2050 esse valor chegue a cerca de dois bilhões, sendo 80% deles residentes em países em desenvolvimento<sup>(1)</sup>. Panorama semelhante é observado no Brasil. O país vivenciou rápido e acentuado declínio da fecundidade nas últimas décadas do século XX, que combinado com a queda da mortalidade e maior expectativa de vida, levou a um acelerado processo de envelhecimento populacional.<sup>(2)</sup> Em 2002 cerca de 10% da população brasileira era idosa,<sup>(3)</sup> valor que deve chegar a 21% até o ano de 2050.<sup>(4)</sup>

O cenário de envelhecimento populacional no país, trazendo consigo novos desafios para a sociedade. O acréscimo da proporção de idosos no país leva ao aumento da demanda dos serviços de saúde e à seguridade social, fazendo assim novas exigências na organização e planejamento desses sistemas. Os problemas de saúde nos idosos são muitas vezes de natureza crônica e podem requerer intervenções custosas com tecnologia complexa, tais como as internações hospitalares.<sup>(5)</sup> Estudo epidemiológico de base populacional, em Pelotas, identificou prevalência cerca de 20% maior de consultas médicas entre idosos em relação a adultos.<sup>(6)</sup> Além disso, observa-se que o custo das hospitalizações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) aumenta gradualmente com o avançar da idade.<sup>(7)</sup>

Na literatura mundial o tema prevalência de consultas médicas é vasto, e estudos realizados na Austrália<sup>(11)</sup>, Canadá<sup>(12)</sup>, México<sup>(13)</sup>, Brasil<sup>(6, 14)</sup> e Costa Rica<sup>(15)</sup> apontaram para uma crescente demanda de serviços médicos por idosos, sendo que a prevalência de consultas é maior conforme idade.

No Brasil, dados de morbidade hospitalar, ocorrência de doenças de notificação compulsória e mortalidade podem ser obtidos através do Sistema de Internação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), respectivamente. Em relação ao uso de serviços, o país dispõe, ainda, do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e outros de coberturas de ações específicas, como Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). Apesar desses sistemas proverem, em geral, dados de boa qualidade e grande relevância epidemiológica e

gerencial, seus registros são limitados para os cálculos de prevalência de uso de serviços de saúde e de fatores associados, pois em alguns casos registram-se apenas o uso dos serviços públicos de saúde, os dados ambulatoriais e de internação hospitalar são por procedimentos e há limitações como sub-registros. Dessa maneira, além dos registros dos sistemas de informações oficiais, estudos de base populacional são essenciais.

No Brasil existem poucos estudos de base populacional sobre prevalência e fatores associados a consultas médicas em idosos.<sup>(6, 14, 16, 17)</sup> A prevalência variou entre 51,1% no bairro de Santa Cruz no Rio de Janeiro<sup>(16)</sup>, sendo o período recordatório nos últimos 3 meses, e 83,3% no município de São Paulo, considerando-se os últimos 12 meses.<sup>(17)</sup> Observou-se que os idosos do sexo feminino<sup>(6, 12, 13, 16-19)</sup>, com maior grau de escolaridade<sup>(6, 12, 13, 18)</sup>, maior renda<sup>(6, 12, 13, 16-19)</sup>, com seguro de saúde privado<sup>(18-21)</sup>, que reportaram doença crônica<sup>(6, 11, 12, 15, 17, 18, 21-24)</sup> maior grau de dependência<sup>(13)</sup> e pior percepção da saúde<sup>(12, 15, 17, 21, 22, 25)</sup> apresentaram maior prevalência de ida ao consultório médico. Também foi verificada associação negativa de consulta médica com o hábito de fumar<sup>(6)</sup> e maior prevalência do desfecho entre os casados<sup>(6, 19, 22)</sup> e viúvos<sup>(18)</sup> e os que referiram cor da pele branca.<sup>(6, 19)</sup>

Avançar no conhecimento dos fatores associados à utilização dos serviços de cuidado de saúde é um elemento fundamental no desenho das políticas de saúde, já que interferem no orçamento público e privado de saúde, bem como no planejamento dos serviços do setor.<sup>(12)</sup> Florianópolis é a terceira capital com maior índice de envelhecimento do país<sup>1</sup>, sendo de grande relevância a produção, num contexto mais adiantado de transição demográfica, de informações sobre a realização de consultas médicas entre os idosos e os fatores associados a ela. O objetivo do presente estudo é descrever a prevalência e testar a associação entre realização de consulta médica nos últimos três meses e características socioeconômicas, demográficas, de serviços de saúde, hábitos de vida e condições de saúde entre idosos.

---

<sup>1</sup> Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações demográficas e socioeconômicas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

## Métodos

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado EpiFloripa Idoso. Trata-se de uma pesquisa com recorte transversal e de base populacional com idosos (idade igual ou superior a 60 anos) realizado na área urbana do município de Florianópolis em 2009 e 2010. Seu objetivo foi estudar as condições de vida e saúde da população idosa do município. Florianópolis apresentou índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,875 em 2000 e a esperança de vida ao nascer era de 72,8 anos em 2000.<sup>26</sup>

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se o programa Epi-Info, versão 6.04. Adotou-se a população de referência com base na estimativa da população idosa de Florianópolis em 2009 (44.460 idosos), com nível de confiança de 95%, prevalência esperada do fenômeno a ser investigado na população de 50%, erro amostral previsto de 4 pontos percentuais, efeito do delineamento amostral (deff) igual a 2, acréscimos de 20% para perdas estimadas e 15% para controle de fatores de confusão. Obteve-se como tamanho da amostra o total de 1.416 pessoas. Devido a disponibilidade de recursos financeiros ampliou-se a amostra para 1.911 pessoas. Foi possível calcular a posteriori o poder estatístico da amostra. A amostra permitiu identificar risco relativo mínimo de 1,47, considerando poder de 80%, erro alfa de 5%, razão de não expostos:expostos de 2:3 (distribuição de doença crônica) e prevalência nos não expostos de 14,6%.

O processo de amostragem foi realizado em duplo estágio. As unidades primárias de amostragem foram os setores censitários, de acordo com o censo demográfico de 2000 conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>27</sup>. Os domicílios constituíram o segundo estágio. Havia no município 420 setores censitários domiciliares urbanos; Inicialmente, foram selecionados 60 através de sorteio sistemático; diante da necessidade de ampliação da amostra, 20 setores adicionais foram sorteados posteriormente, totalizando em 80 setores sorteados. Os 420 setores censitários foram estratificados em decis de acordo com a média de renda do chefe da família, sendo sorteados 8 setores em cada estrato. Como o censo do IBGE mais atual datava de nove anos antes da realização do campo do presente estudo, foi necessário realizar novamente a contagem de domicílios particulares permanentes em cada setor sorteado. Desta forma, os setores que possuíam menos de 100 domicílios foram agrupados e setores com mais de 500 domicílios foram divididos, considerando-se a proximidade da região geográfica e o decil de renda dos setores. Após a atualização, fusões e divisões chegou-se ao total de 83 setores.

Todos os moradores dos domicílios sorteados que apresentavam idade igual ou superior a 60 anos no momento da entrevista eram potenciais participantes do estudo. Foram excluídos indivíduos institucionalizados (asilos, hospitais, etc.) e pessoas com incapacidade motora severa (tetraplégicos, paralisia cerebral, etc.).

Como definição de perdas adotou-se os domicílios residenciais onde os elegíveis da pesquisa não foram encontrados, ou não atendiam a entrevistadora na primeira visita e nas próximas três visitas, em horários diferentes, sendo uma a noite ou ao meio dia e duas no final de semana. Consideraram-se recusas os indivíduos que se optaram por não participar da pesquisa. Perdas e recusas não foram substituídas.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2009 e junho de 2010. Previamente ao campo foi realizado o pré-teste do questionário com 20 idosos e estudo piloto com 99 idosos em setores censitários não amostrados para o estudo propriamente dito. As entrevistas foram realizadas face-a-face por meio de um aparelho eletrônico móvel (*Personal Digital Assistants - PDA*). O tempo de duração máxima da entrevista foi de 1 hora e 30 minutos.

Semanalmente foi realizado o controle de qualidade dos dados da pesquisa, reaplicando-se por telefone questionários simplificados contendo 16 perguntas chave a 10% dos sujeitos entrevistados, sorteadas aleatoriamente. A concordância foi satisfatória, com valor de kappa mínimo de 0,4 para consultas médicas nos últimos três meses. A concordância foi de 60% para a posse de plano de saúde particular e de 80% para o autorrelato de diabetes.

A variável dependente do presente estudo foi a realização, autorreferida, de consulta médica nos últimos três meses, obtida através da seguinte pergunta: “*Nos últimos três meses, o (a) Sr(a) consultou com médico?*”.

As variáveis independentes analisadas no presente estudo foram baseadas no modelo conceitual de Andersen<sup>(28)</sup>. Segundo o autor, os fatores de predisposição referem-se às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde, como, por exemplo, sexo e idade. Os fatores de capacitação se referem à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde e estão diretamente ligados às condições econômicas e à oferta de serviços, como renda pessoal, planos de saúde, suporte familiar e disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados. Por fim, os fatores de necessidade estão ligados às percepções subjetivas das pessoas e ao seu estado de saúde.

No presente estudo as variáveis predisponentes utilizadas foram: sexo, idade (60-69 anos, 70-79 e 80 ou mais), cor da pele autorreferida

(branca, parda e preta; amarela e indígena foram excluídos da análise por apresentarem baixa frequência). As variáveis capacitantes: utilizadas foram: renda domiciliar per capita em quartis: 1º quartil (R\$0,00 a 327,50); 2º quartil (R\$327,51 a R\$700,00); 3º quartil (R\$700,01 a R\$1.500,00) e 4º quartil (R\$1.500,01 a R\$75.000,00); escolaridade em anos de estudo (0-4anos, 5-8, 9-11 e 12 ou mais), posse de plano de saúde particular (sim e não) e, por fim, as variáveis de necessidade de saúde verificadas a partir da presença de doença crônica (nenhuma, uma, duas ou mais), autopercepção de saúde (positiva (muito boa/boa) e negativa (regular, ruim e muito ruim)) e dor crônica (sim e não).

Inicialmente foi realizada análise do tipo descritiva. Foram estimadas as prevalências de consultas médicas para a população como um todo e segundo as variáveis exploratórias. Também foram descritos o tipo de serviço utilizado (público ou privado), os locais de atendimento (posto de saúde, consultório médico, ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato, ambulatório ou consultório de clinica, ambulatório de hospital, pronto-socorro ou emergência ou atendimento domiciliar) e os principais motivos da procura pela consulta médica (acidente ou lesão, doença, atestado de saúde, consulta de rotina (ou *check-up*), outros atendimentos preventivos e sintomas inespecíficos).

Em seguida foi realizada a análise de associação e as variáveis independentes por meio da Regressão de Poisson e, por fim, optou-se por utilizar a modelagem plana para a análise multivariada, já que Andersen propõe através do modelo comportamental do uso dos serviços de saúde que o blocos das variáveis não possuem hierarquia, mas sim um ciclo onde os blocos determinantes se retroalimentam simultaneamente.<sup>(28)</sup> Obtendo-se as razões de prevalências (RP) e seus respectivos IC95% como medidas de associação. Na análise múltipla, foram inseridas as variáveis que apresentaram  $p < 0,200$  na análise bruta, conforme ordem crescente do valor de  $p$ , segundo método *stepwise forward*. No modelo final foram mantidas as variáveis que apresentaram  $p < 0,05$ . Nesse modelo foram utilizados os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade conforme proposto por Andersen.<sup>(28)</sup>

Foi utilizado o programa Stata 9.0 para a análise dos dados e consideraram-se os pesos amostrais e o efeito de delineamento. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e seguiu a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

A taxa de resposta do estudo foi de 89,2%, totalizando 1.705 pessoas efetivamente entrevistadas. Na tabela 1 é mostrada a distribuição da amostra, sendo que a maioria dos idosos era do sexo feminino (63,9%) e pouco mais da metade encontrava-se na faixa etária mais nova. Em relação à escolaridade, 44% dos idosos tinham entre 0 e 4 anos de estudo. Sobre a condição de saúde, quase três quartos relatou ser portador de duas ou mais doenças crônicas e a maioria percebe sua saúde como sendo muito boa e boa.

Ainda na Tabela 1 está apresentada a prevalência da utilização dos serviços médicos conforme as variáveis analisadas. Entre os idosos entrevistados, 70,4% (IC<sub>95%</sub> 67,5-73,4) haviam consultado com o médico nos três meses anteriores à entrevista. A prevalência do desfecho foi maior entre quem possuía mais de uma doença crônica (60,7%) e mais de duas doenças crônicas (76,0%) em relação a quem não reportou doença crônica (43,1%). A variável dor crônica também esteve associada, sendo que quem possuía dor teve maior prevalência (78,4%) em relação a quem não relatou (66%). A menor prevalência encontrada foi entre os idosos que não possuíam doenças crônicas e a maior prevalência entre quem possui dor crônica.

Pouco mais da metade das consultas realizadas foram de rotina (54,7%) e uma em cada quatro foi por doença (26,9%) (Tabela 2). O principal local de procura de atendimento foi o consultório médico, seguido do posto de saúde e ambulatório ou consultório de clínica. Quase duas em cada três consultas foram com médico especialista (64,8%). Em relação ao tipo de serviço, a maior parte foi por convênio (48,7%), seguido de consultas no Sistema Único de Saúde (41,4%).

Na análise bruta associaram-se com maior prevalência de consultas médicas o sexo feminino, o maior acúmulo de doenças crônicas, a autopercepção negativa de saúde e o relato de dor crônica (Tabela 3). Já na análise múltipla, a associação de sexo com o desfecho perdeu significância estatística e apenas fatores de necessidade permaneceram associados. Observou-se que a prevalência de consultas médicas foi 67% maior entre aqueles que reportaram duas ou mais doenças crônicas e 14% maior naqueles com autopercepção negativa de saúde em relação a quem possuía nenhuma doença crônica. Sexo e dor crônica foram confundidos pela autopercepção de saúde e pela presença de doenças crônicas, perdendo associação após ajuste.

## Discussão

No presente estudo verificou-se que a prevalência da realização de consultas médicas nos últimos três meses foi de 70,4% em Florianópolis no ano de 2009-10. As variáveis predisponentes e capacitantes não estiveram associadas ao uso de consultas médicas pela população investigada. Em relação às variáveis de necessidade de saúde, autopercepção de saúde e presença de doenças crônicas estiveram associadas ao desfecho.

A prevalência de consultas médicas neste estudo foi elevada em relação ao estudo de Pinheiro<sup>(16)</sup> que encontrou prevalência de 60% na área de Copacabana e Méier, com o mesmo período recordatório. Resultado também superior ao encontrado no Projeto SABE<sup>(17)</sup>, que identificou prevalência de 83,3% nos últimos 12 meses. Já em estudos internacionais sobre a utilização de serviços de saúde, observou-se em países como Estado Unidos<sup>(18)</sup>, Canadá<sup>(12)</sup>, Nova Zelândia<sup>(19)</sup>, México<sup>(13, 29)</sup> e Costa Rica<sup>(15)</sup> uma cobertura de consultas médicas entre 88%<sup>(12)</sup> e 23%<sup>(15)</sup>, no último ano.

É possível que a elevada prevalência de consultas em Florianópolis seja em parte devido ao fato do município possuir elevada renda per capita<sup>(26)</sup> em relação aos outros municípios brasileiros e ampla cobertura de planos de saúde, facilitando-se o acesso. Além disso, dados de janeiro de 2012<sup>(30)</sup> revelam que cobertura da Estratégia da Saúde da Família das pessoas no município é de 90,9%, sendo maior em relação aos demais estados brasileiros, como São Paulo (30,8%) e maior que a média de cobertura nacional (53,7%).

Os dados encontrados não demonstraram associação entre sexo e o uso dos serviços médicos, fato semelhante ao observado em estudo conduzido no Canadá em 2005<sup>(12)</sup>, constatou que não houve diferença estatística entre sexo em relação às consultas ao médico generalista entre idosos. Entretanto, a maioria dos estudos são contrários a esse achado e encontraram associação positiva entre idosos do sexo feminino e uma maior prevalência de consultas médicas<sup>(14,13,18,20,25,29)</sup>.

A idade não esteve associada, ao contrário do achado de outros estudos, nos quais idosos com idade mais avançada tiveram maior prevalência de consultas médicas.<sup>(11,12,13,14,25)</sup> Cor da pele também não esteve associada ao desfecho, porém estudos de Costa<sup>(6)</sup>, Scott<sup>(19)</sup> e Burt<sup>(23)</sup> encontrou-se associação positiva entre reportar cor de pele branca e apresentar maior prevalência de consultas médicas. Resultado diferente foi encontrado nos EUA, onde pessoas de cor preta apresentaram maior taxa de consultas médicas do tipo ambulatoriais<sup>(20)</sup>.

Existe a possibilidade de que no presente estudo estes achados não foram evidenciados devido ao fato da amostra não ter poder estatístico para testar associação entre essas variáveis, ou ainda que no município estudado não ocorra essa desigualdade na utilização dos serviços médicos.

Dentre os fatores capacitantes, a variável renda familiar *per capita* e escolaridade não apresentaram associação com o desfecho. No entanto, diversos estudos<sup>(6,16,18,19)</sup> têm encontrado frequentemente essa associação positiva, como no estudo de Chen<sup>(18)</sup>, onde o nível de pobreza foi o único fator predisponente que apresentou significância estatística, sendo que quanto menor renda menor uso do serviço médico. A renda apresentou forte associação com o local de residência; quanto pior o padrão de vida, menor a utilização dos serviços de saúde serviços de saúde<sup>(16)</sup>. Estudo conduzido na Califórnia<sup>(21)</sup> obteve resultado inverso, refere que quanto menor renda, maior a proporção de pessoas com seguro total de saúde e realização de consultas. Ainda sobre os fatores socioeconômicos, estudos observaram que quanto maior o nível de escolaridade maior o número de visitas ao consultório médico<sup>(6,18)</sup>. A posse de seguro de saúde privado não ficou associada no modelo final, porém estudo nos EUA<sup>(18)</sup> refere que, quanto aos fatores capacitantes, ter um plano privado além do Medicare aumenta a chance de usar serviços médicos. Porém isso não foi detectado em Florianópolis, assim não houve desigualdade socioeconômica na utilização dos serviços médicos, podendo indicar indiretamente um aspecto positivo do serviço de saúde do município, pois renda, escolaridade e posse do seguro de saúde privado não modularam a prevalência de consultas médicas nos últimos três meses.

O presente estudo encontrou que o estado de saúde autorreferido e a presença de doenças crônicas foram os principais determinantes da utilização dos serviços de médicos, corroborando com o avaliado por Scott<sup>(19)</sup>, na Nova Zelândia. De acordo com estudo realizado no Rio de Janeiro, o fator mais importante na explicação da variação no uso de serviços de saúde por idosos foi a necessidade<sup>(16)</sup>, resultado semelhante ao encontrado em estudo em Atenas, Grécia onde o fator de necessidade mensurado pela autopercepção de saúde foi o que mais contribuiu para a variação na utilização dos serviços.<sup>(25)</sup> Demais estudos encontraram associação positiva entre as variáveis de necessidade, tais como presença de pelo menos uma condição crônica e pior percepção de saúde e o desfecho.<sup>(6,11,12,15,18,21,23,24,25)</sup>

O acesso potencial aos serviços de saúde é definido pelos fatores capacitantes e a efetivação do acesso é o uso real dos serviços de saúde.

Se o acesso aos serviços ocorre de maneira equitativa, o fator da necessidade deve ser o principal determinante na utilização, enquanto os fatores predisponentes e capacitantes devem representar uma pequena proporção da variação no uso dos serviços. O acesso aos serviços de saúde pode ser considerado justo se o fator de necessidade é o principal determinante na utilização.<sup>(28)</sup>

Uma limitação do presente estudo foi a dificuldade de validação do desfecho devido ao potencial viés de memória, podendo levar a uma subestimação ou superestimação do desfecho e de variáveis exploratórias, como a prevalência de doenças crônicas. Porém o uso de um período recordatório menor, sendo o período utilizado em outros estudos de até 12 meses, sendo nesse estudo o tempo recordatório nos últimos três meses, tende a minimizar a possibilidade deste viés. Entretanto só permite comparações diretas com estudos de prevalência com o mesmo período avaliado. Dentre as vantagens, destaca-se a alta taxa de resposta, com perdas homoganeamente distribuídas pela amostra. Também se destaca que a distribuição da amostra por sexo e faixa etária foi semelhante ao estimado pelo IBGE para o município em 2009.

Os resultados apontam para uma distribuição equitativa na utilização dos serviços médicos, já que o que determina o uso são essencialmente os fatores de necessidade de saúde dos idosos e não os fatores como renda, escolaridade, posse de seguro de saúde privado; nem mesmo os predisponentes como sexo, idade e cor da pele.

Informações sobre as condições de saúde dos idosos são úteis para o acompanhamento e planejamento da oferta e do tipo de atendimento nos serviços de atendimento médico à saúde. Andersen<sup>(28)</sup> relatou a necessidade de ir além do saber se a pessoa vai ou não com regularidade a uma fonte de cuidado, é necessário compreender como é a organização dos cuidados médicos, assim melhorando a capacidade de explicar e prever o uso, já que os serviços de saúde fazem parte de um grande setor da economia.

Destaca-se, ainda, que a acessibilidade é um fator de oferta importante para a explicação das variações no uso dos serviços de saúde entre grupos populacionais, representando, assim, uma dimensão relevante nos estudos sobre equidade nos sistemas de saúde.<sup>(29)</sup> Dessa forma sugerem-se estudos que investiguem a questão do acesso e não somente o uso de fato dos serviços de saúde.

Tabela 1. Descrição da amostra estudada e prevalência de consultas médicas de acordo com fatores capacitantes, predisponentes e de necessidade na população idosa. Florianópolis, 2009-2010.

Variáveis	Amostra n (%)	Prevalência de consultas médicas	IC (95%)
<b>Predisponentes</b>			
<b>Sexo</b>			
Feminino	1.089 (63,9)	73,0	69,1 – 77,0
Masculino	616 (36,1)	66,1	61,1 – 71,2
<b>Faixa Etária</b>			
60 a 69	854 (50,1)	69,0	64,8 – 73,1
70 a 79	612 (35,9)	72,3	67,6 – 77,0
80 e mais	239 (14,0)	71,2	65,2 – 77,2
<b>Cor da Pele</b>			
Branca	1.444 (87,0)	70,7	67,8 – 73,6
Parda	131 (8,0)	70,9	60,5 – 81,5
Preta	84 (5,0)	67,5	55,9 – 79,0
<b>Capacitantes</b>			
<b>Escolaridade</b>			
12 ou mais	394 (23,3)	72,5	64,8 – 80,1
9 a 11	324 (13,8)	64,1	54,8 – 73,5
5 a 8	321 (18,9)	74,8	69,1 – 80,5
0 a 4	745 (44,0)	69,7	65,9 – 73,5
<b>Renda Quartis</b>			
1º quartil (menor)	418 (24,5)	73,1	66,7 – 79,6
2º quartil	425 (24,9)	67,1	62,3 – 72,0
3º quartil	435 (25,5)	70,3	65,7 – 74,9
4º quartil	427 (25,1)	71,2	65,1 – 77,2
<b>Plano de Saúde</b>			
<b>Particular</b>			
Sim	1.087 (63,8)	71,6	67,8 – 75,5
Não	618 (36,2)	68,2	63,5 - 72,9
<b>Necessidade de Saúde</b>			
<b>Doenças Crônicas</b>			
Nenhuma	147 (8,7)	43,1	34,2 – 52,1
1	293 (17,4)	60,7	55,8 – 65,7
2 ou mais	1.245 (73,9)	76,0	72,9 – 79,2
<b>Auto Percepção de Saúde</b>			
Positiva	860 (51,2)	63,5	59,3-67,6
Negativa	821 (48,8)	78,1	74,7 – 81,6
<b>Dor cônica</b>			
Não	1.083 (63,5)	66,0	62,0 – 70,0
Sim	622 (36,5)	78,4	74,5 – 82,4

\* Todas as análises foram realizadas considerando os pesos amostrais e efeito do delineamento.

Tabela 2. Características relacionadas à prevalência de consultas médicas nos 3 meses anteriores à pesquisa. Florianópolis, 2009-2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Prevalência de consultas (%)</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Motivo da última consulta</b>		
Acidente ou lesão	4,9	2,6 – 7,2
Doença	26,9	23,0 – 30,8
Atestado de Saúde	0,5	0,1 – 0,9
Consulta de rotina	54,7	50,2 – 59,1
Outros atendimentos preventivos	7,4	5,0 – 9,9
Sintomas específicos	5,6	3,8 – 7,4
<b>Onde Procurou Atendimento</b>		
Posto de Saúde	30,1	25,5 – 34,8
Consultório Médico	34,6	26,8 – 42,2
Ambulatório ou Consultório de Empresa	3,3	1,2 – 5,4
Ambulatório ou Consultório de Clínica	20,7	15,5 – 25,9
Ambulatório de Hospital	6,5	4,3 – 8,8
Pronto-Socorro ou Emergência	3,0	1,6 – 4,4
Atendimento Domiciliar	1,8	0,8 – 2,7
<b>Tipo de Atendimento</b>		
Consulta com clínico geral	33,5	28,1 – 38,7
Consulta com especialista	64,8	59,3 – 70,1
Encaminhamento a emergência ou internação	1,2	0,3 – 2,0
Somente marcação de consulta	0,5	0,0 – 1,0
<b>Tipo de Serviço de Saúde</b>		
Público – SUS	41,4	35,4 – 47,5
Particular	9,9	6,5 – 13,2
Por Convênio – Plano de Saúde	48,7	42,3 – 55,1

\* Todas as análises foram realizadas considerando os pesos amostrais e efeito do delineamento.

Tabela 3. Análise de regressão de Poisson bruta e ajustada da prevalência de consultas médicas conforme fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade da população idosa. Florianópolis, 2009-2010.

Variáveis	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP	(IC 95%)	p	RP	(IC 95%)	p
<b>Predisponentes</b>						
<b>Sexo</b>			0,044			0,364
Masculino	1,00			1,00		
Feminino	1,10	1,00-1,22		1,04	0,95-1,15	
<b>Faixa Etária</b>			0,369	# EXCL		
60 a 69	1,00					
70 a 79	1,05	0,96-1,14				
80 e mais	1,03	0,93-1,15				
<b>Cor da Pele</b>			0,699	# EXCL		
Branca	1,00					
Parda	1,00	0,87-1,15				
Preta	0,95	0,80-1,14				
<b>Capacitantes</b>						
<b>Escolaridade</b>			0,880	# EXCL		
12 ou mais	1,00					
9 a 11	0,88	0,73-1,07				
5 a 8	1,03	0,92-1,16				
0 a 4	0,96	0,86-1,08				
<b>Renda Quartis</b>			0,809	# EXCL		
1° quartil (menor)	1,00					
2° quartil	0,92	0,82-1,03				
3° quartil	0,96	0,86-1,07				
4° quartil	0,97	0,86-1,10				
<b>Plano de Saúde Particular</b>			0,277	# EXCL		
Não	1,00					
Sim	1,05	0,96-1,15				
<b>Necessidade</b>						
<b>Doenças Crônicas</b>			< 0,001			<0,001
Nenhuma doença	1,00			1,00		
1 doença	1,41	1,14-1,74		1,39	1,13-1,72	
2 ou mais doenças	1,76	1,44-2,15		1,67	1,37-2,04	
<b>Auto Percepção de Saúde</b>			< 0,001			<0,001
Positiva	1,00			1,00		
Negativa	1,23	1,14-1,32		1,14	1,07-1,22	
<b>Dor crônica</b>			< 0,001			0,119
Não	1,00			1,00		
Sim	1,19	1,10-1,28		1,07	0,98-1,16	

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; RP: Razão de Prevalência. # EXCL: variável não inserida por apresentar  $p > 0,200$  na análise bruta. Todas as análises foram realizadas considerando os pesos amostrais e efeito do delineamento.

## Referencias

1. World Health Organization. WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde, tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005. p. 60.
2. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;17:333-41.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo demográfico. 2002. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. População brasileira envelhece em ritmo acelerado. (Comunicação social de 27 nov. 2008). Acesso em: 30 mai 2010.
5. Veras RP. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. *Revista de Saúde Pública*. 1991;25:476-88.
6. Costa JSDd, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RdS, Piccinini F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. *Rev saúde pública*. 2008;42(6):1074-84.
7. Peixoto SV, Giatti L, Elmira Afradique M, Fernanda Lima-Costa M. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2004;13:239-46.
8. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973 Winter;51(1):95-124.
9. Branch L, Jette A, Evashwick C, Polansky M, Rowe G, Diehr P. Toward understanding elders' health service utilization. *J Community Health*. 1981 Winter;7(2):80-92.
10. Capilheira MF, da Silva Dos Santos I. Fatores individuais associados a utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica*. 2006 Jun;40(3):436-43.

11. Knox SA, Britt H. The contribution of demographic and morbidity factors to self-reported visit frequency of patients: a cross-sectional study of general practice patients in Australia. *BMC Fam Pract.* 5. England 2004. p. 17.
12. Nabalamba A, Millar WJ. Going to the doctor. *Health Rep.* 2007 Feb;18(1):23-35.
13. Wong R, Díaz JJ. Health care utilization among older mexicans: health and socioeconomic inequalities. *Salud pública Méx.* 2007;49(supl.4):s505-s14.
14. Lima-Costa MF, Loyola Filho AId, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cadernos de Saúde Pública.* 2007;23:2467-78.
15. Llanos AA, Morera-Salas M, Barber-Pérez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y, Varga JR. Factores Relacionados con la Utilización de Servicios de Salud en Costa Rica. *Rev salud pública.* 2009;11(3):323-35.
16. Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad saúde pública.* 1999;15(3):487-96.
17. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ESd. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública.* 2008;42:733-40.
18. Chen LM. Is there disparity in physician service use? A comparison of Hispanic and white Medicare beneficiaries. *Health Soc Work.* 2010 Aug;35(3):181-90.
19. Scott KM, Marwick JC, Crampton PR. Utilization of general practitioner services in New Zealand and its relationship with income, ethnicity and government subsidy. *Health Serv Manage Res.* 2003 Feb;16(1):45-55.

20. Schappert SM, Burt CW. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001-02. *Vital Health Stat* 13. 2006 Feb(159):1-66.
21. Pourat N, Lubben J, Yu H, Wallace S. Perceptions of health and use of ambulatory care: differences between Korean and White elderly. *J Aging Health*. 2000 Feb;12(1):112-34.
22. Miltiades HB, Wu B. Factors affecting physician visits in Chinese and Chinese immigrant samples. *Soc Sci Med*. 66. England 2008. p. 704-14.
23. Burt CW, Schappert SM. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 1999-2000. *Vital Health Stat* 13. 2004 Sep(157):1-70.
24. Cherry D, Lucas C, Decker SL. Population aging and the use of office-based physician services. *NCHS Data Brief*. 2010 Aug(41):1-8.
25. Pappa E, Niakas D. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. *BMC Health Serv Res*. 6. England 2006. p. 146.
26. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2003. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em fevereiro de 2010.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em dezembro de 2009.
28. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care*. 2008 Jul;46(7):647-53..
29. Peñarrieta de Codova MI, Curi Mercado EJ, Piñones Maritínez S, Gutiérrez Gómez T, Ángel Bd. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud por el adulto mayor a Tampico û Tamaulipas û México 2003-2004. *Invest educ enferm*. 2006;24(2):30-8.

30. Brasília: Ministério da Saúde (Brasil). Departamento da Atenção Básica; Saúde mais perto de você, Saúde da família.<[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em agosto de 2012.

## **PARTE III – ANEXOS E APÊNDICES**



## Anexo 1 - Questionário da pesquisa

<b>BLOCO A: GERAL</b>	
<b>As questões a seguir são para a entrevistadora somente anotar as respostas, sem perguntar ao entrevistado.</b>	
<b>1. Quem responde:</b> (1) idoso (2) Informante _____	SOCIO01_
<b>2. Sexo do(a) entrevistado(a):</b> (1) masculino (2) feminino	SOCIO02_
<b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O(A) SENHOR (A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA</b>	
<b>3. Quantos anos o(a) Sr(a) tem?</b> (marcar os anos completos) <i>idade</i>  __ __  (só fazer a entrevista se a pessoa tiver 60 anos ou mais) (9999) IGN	SOCIO04_ _ _
<b>4. Qual sua data de nascimento?</b> <i>dia</i>  __ __  <i>mês</i>  __ __  <i>ano</i>  __ __ __ __  (só aceitar pessoas nascidas até 1949) (9999) IGN	SOCIO05_ _ / _ _ / _ _ _ _ _
<b>5. O(a) Sr(a) considera a sua cor da pele, raça ou etnia é:</b> (1) <b>branca</b> (2) <b>parda</b> (3) <b>negra ou preta</b> (4) <b>amarela</b> (5) <b>indígena</b> (9999) IGN	SOCIO09_
<b>6. O SR(A) SABE LER E ESCREVER?</b> (0) Não (1) Sim (9999) IGN	SOCIO10_
<b>7. O SR(A) ESTUDOU NA ESCOLA?</b> (0) Não – PULA PARA QUESTÃO 13 (1) Sim (9999) IGN	SOCIO11_
<b>8. ATÉ QUE ANO O(A) SR(A) COMPLETOU NA ESCOLA?(MARCAR A ÚLTIMA SÉRIE QUE CONCLUIU)</b> <i>série</i>  __ __  (9999) IGN	SOCIO12_ _

<p><b>9. DE QUE GRAU?</b>  <b>10. (1) MOBIL OU CURSO DE ALFABETIZAÇÃO PARA ADULTOS</b>  <b>11. (2) PRIMÁRIO</b>  (3) Ginásio  (4) Primeiro grau  (4) Segundo grau (clássico, científico, técnico, normal)  (5) Curso superior  (9999) IGN</p>	<p><i>SOCIO13__</i></p>
<p><b>12. Em relação à sua vida financeira o (a) Sr.(a) tem algum tipo de renda?</b>  (0) Não (dona de casa, dependente) – <i>Pule para a questão 27, marque 8888 nas questões 21 a 26</i>  (1) Sim (salário, aposentadoria, pensão, aluguel, etc)  (9999) IGN</p>	<p><b>13. SOCIO20</b>  –</p>
<p><b>14. O(a) Sr(a) tem algum trabalho remunerado atualmente?</b>  (0) Não  (1) Sim  (9999) IGN</p>	<p><i>SOCIO21_</i></p>
<p><b>15. Recebe aposentadoria?</b>  (0) Não  (1) Sim  (9999) IGN</p>	<p><i>SOCIO22_</i></p>
<p><b>16. Recebe pensão?</b>  (0) Não  (1) Sim  (9999) IGN</p>	<p><i>SOCIO23_</i></p>
<p><b>17. Recebe ALGUMA outra renda?</b>  (0) Não  (1) Sim  (9999) IGN</p>	<p><i>SOCIO24</i></p>
<p><b>18. Considerando todas as suas fontes de renda, quanto o (a) Sr.(a) recebeu no último mês?</b>  R\$ _____,00  (9999) IGN</p>	<p><i>SOCIO25_ _ _ _</i>  _ _ _</p>
<p><b>19. Quantas pessoas dependem dessa renda, incluindo o(a) Sr(a)?</b>  (1) só eu  (2) 2  (3) 3  (4) 4  (5) 5 ou mais  (9999) IGN</p>	<p><i>SOCIO26_</i></p>

<p><b>20. No último mês, quanto receberam EM REAIS as OUTRAS pessoas que moram na casa?</b> (lembrar que inclui salários, pensões, mesadas, aluguéis, bolsas, etc).</p> <p>renda1 _____ </p> <p>renda2 _____ </p> <p>renda3 _____ </p> <p>renda4 _____ </p> <p>renda5 _____ </p> <p>renda6 _____ </p> <p>renda7 _____ </p> <p>renda8 _____ </p> <p>renda9 _____ </p> <p>(9999) IGN</p>	<p>SOCIO27a_ _ _ _</p> <p>→ _ _</p> <p>SOCIO27b_ _ _ _</p> <p>→ _ _</p> <p>SOCIO27c_ _ _ _</p> <p>→ _ _</p> <p>SOCIO27d_ _ _ _</p> <p>→ _ _</p> <p>SOCIO27e_ _ _ _</p> <p>→ _ _</p> <p>SOCIO27f_ _ _ _</p> <p>→ _ _</p> <p>SOCIO27g_ _ _ _</p> <p>→ _ _</p> <p>SOCIO27h_ _ _ _</p> <p>→ _ _</p> <p>SOCIO27i_ _ _ _</p> <p>→ _ _</p>
<b>BLOCO SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
<b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS</b>	
<p><b>151. O(a) Sr(a) tem plano de saúde particular, de empresa ou órgão público?</b></p> <p>(0) Sim</p> <p>(1) Não</p> <p>(9999) IGN</p>	<p>USOSER01 _</p>
<p><b>152. Nos últimos três meses, o (a) Sr(a) consultou com médico?</b></p> <p>(0) Sim</p> <p>(1) Não – <i>Pule para a questão 163 marque 8888 nas questões 159 a 162</i></p> <p>(9999) IGN – <i>Pule para a questão 163, marque 9999 nas questões 159 a 162</i></p>	<p>USOSER02 _</p>
<p><b>153. Qual o principal motivo pelo qual o (a) Sr(a) procurou esse atendimento?</b></p> <p>(1) Acidente ou lesão</p> <p>(2) Doença</p> <p>(3) Atestado de saúde</p> <p>(4) Para fazer consulta de rotina (ou Check-up)</p> <p>(5) Outros atendimentos preventivos</p> <p>(6) Sintomas inespecíficos</p> <p>(9999) IGN</p>	<p>USOSER03 _</p>

<p><b>154. Onde procurou esse atendimento?</b>  (1) Posto de saúde  (2) Consultório médico  (3) Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato  (4) Ambulatório ou consultório de clinica  (5) Ambulatório de hospital  (6) Pronto- socorro ou emergência  (7) Atendimento domiciliar  (9999) IGN</p>	USOSER04 _			
<p><b>155. Que atendimento recebeu neste local?</b>  (1) Consulta médica de clinico geral  (2) Consulta de médico especialista  (3) Encaminhamento à emergência ou à Internação hospitalar  (4) Somente marcação de consulta  (9999) IGN</p>	USOSER05 _			
<p><b>156. Esse serviço de saúde onde o(a) Sr.(a) foi atendido era:</b>  (1) <b>Público- do SUS</b>  (2) <b>Particular- pago por você</b>  (3) <b>Por convênio- plano de saúde</b>  (9999) IGN</p>	USOSER06 _			
<p><b>157. O(a) Sr(a) foi internado em hospital nos últimos 6 meses?</b>  (0) Sim  (1) Não – <i>Pule para a questão 166, marque 8888 na questão 165</i>  (9999) IGN – <i>Pule para a questão 166, marque 9999na questão 165</i></p>	USOSER10 _			
<b>BLOCO SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA</b>				
<b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA</b>				
<p><b>43. Em geral, o (a) Sr. (a) diria que sua saúde é:</b>  (1) <b>Muito boa</b>  (2) <b>Boa</b>  (3) <b>Regular</b>  (4) <b>Ruim</b>  (5) <b>Muito ruim</b>  (9999) IGN</p>	SAUD01_			
<b>BLOCO MORBIDADES</b>				
<b>Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem:</b>				
<p><b>109. Doença de coluna ou costas?</b></p>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON1 _
<p><b>110. Artrite ou reumatismo?</b></p>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON2 _
<p><b>111. Fibromialgia?</b></p>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON3 _

<b>112. Câncer?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON4 _
<b>113. Diabetes?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON5 _
<b>114. Bronquite ou asma?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON6 _
<b>115. Hipertensão (Pressão alta)?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON7 _
<b>116. Doença do coração ou cardiovascular?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON8 _
<b>117. Insuficiência renal crônica?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON9 _
<b>118. Depressão?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON10 _
<b>119. Esquizofrenia?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON11 _
<b>120. Tuberculose?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON12 _
<b>121. Tendinite ou tendossinovite?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON13 _
<b>122. Cirrose?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON14 _
<b>123. Derrame ou AVC ou isquemia cerebral?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON15 _
<b>124. Úlcera no estômago ou duodeno?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9999) IGN	CRON16 _
<b>151. Atualmente, Sr(a) sofre de alguma dor na maioria dos dias?</b> (0) não – Pule para a questão 154, marque 8888 na questão 153 (1) sim (9999) IGN – Pule para a questão 154, marque 9999 na questão 153				DC1 _

## ANEXO 2 - Questionário para controle de qualidade

<b>CONTROLE DE QUALIDADE – FORMULÁRIO</b>	
Setor censitário:	
Número do domicílio:	
Endereço:	
Nome do(a) Supervisor:	
Nome do(a) Entrevistador:	
Nome do(a) Entrevistado(a):	
Data do Controle de Qualidade: ____/____/____	
1. Quantas pessoas vivem com o (a) Sr. (a)?  _  pessoas (9999) IGN	<i>SOCIO16</i> _____
2. Qual sua data de nascimento? __/__/____	<i>SOCIO05</i>
3. O (A) Sr (a) estudou na escola? (1) Sim (2) Não (9) IGN (9) IGN	<i>SOCIO11</i> _____
4. No último ano o(a) Sr(a) tomou a vacina contra a gripe? (0) Não (1) Sim (9) IGN	<i>IMUNO01</i> _____
5. Algum médico ou profissional de saúde já falou que o(a) Sr(a) tem diabetes? (0) não (1) sim (9) IGN	<i>CRON5</i> _____
6. Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (9) IGN (9) IGN	<i>NEWSI</i> _____
7. Lembrando dos seus dentes de baixo, o(a) Sr.(a) tem( <i>adultos têm no máximo 16 dentes embaixo incluindo o dente do siso</i> ): (1) <b>10 dentes naturais ou mais</b> (2) <b>&lt; 10 dentes naturais</b> (9) IGN	<i>DENBAIXO</i> _____
8. O entrevistador verificou a sua estatura? (0) Não (1) Sim (9) IGN	<i>VERESTAT</i> _ _____

<p>9. Nos últimos 3 meses o(a) Sr.(a) consultou com médico?</p> <p>(0) Sim (1) Não (9) IGN</p>	<p><i>USOSER02</i> _____</p>
<p>10. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>AUDITI</i> _____</p>
<p>11. Nos 30 dias anteriores a entrevista, o Sr. (a) utilizou medicamentos?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p><i>USOMED</i> _____</p>
<p>12. O(a) Sr(a) fuma ou já fumou cigarros?</p> <p>(0) Não (1) fumou e parou (2) fuma atualmente (9) IGN</p>	<p><i>FUMOI</i> _____</p>
<p>13. O Sr. (a) possui plano de saúde?</p> <p>(0) Sim (1) Não (9) IGN</p>	<p><i>USOSER01</i> _____</p>
<p>14. O Sr. (a) considera a cor da sua pele, raça ou etnia:</p> <p>(1) Branca (2) Parda (3) Negra ou preta (4) Amarela (5) Indígena (6) IGN</p>	<p><i>SOCIO09</i> _____</p>
<p>15. A entrevistadora verificou sua pressão arterial?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p><i>VERPA</i> _____</p>
<p style="text-align: center;"><b>SOMENTE PARA O SEXO FEMININO</b></p> <p>16. A Sra já ouviu falar no exame mamografia?</p> <p>(0) Sim (1) Não (9) IGN</p>	<p><i>MAM03</i></p>

**ANEXO 3 - Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa “**CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, 2009/10**”. Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) Senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a situação de saúde dos idosos com idade igual ou superior a 60 anos da cidade de Florianópolis – SC e sua relação com condições socioeconômicas, demográficas e de saúde.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. NÃO HÁ RISCOS quanto à sua participação e o BENEFÍCIO será conhecer a realidade da saúde dos moradores de Florianópolis, a qual poderá melhorar os serviços de saúde em sua comunidade.

Será realizada uma entrevista e também serão verificadas as seguintes medidas: pressão arterial (duas vezes), peso, altura, cintura e panturrilha que não causarão problemas à sua saúde. Para isso será necessário aproximadamente uma hora.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professora Eleonora d’Orsi, coordenadora deste projeto de pesquisa, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na UFSC, no Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário, Trindade, ou pelo telefone (48) 3721 9388, ou e-mail [eleonora@ccs.ufsc.br](mailto:eleonora@ccs.ufsc.br)

*Eu....., declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados e consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.*

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

---

(Assinatura do participante)

### APÊNDICE 1 - Quadro para fichamento dos estudos da revisão sistematizada

Referências	Ano	Local (país/cidade)	Objetivo(s)	População (quem/quantos)	Desfecho (tipo de médico e período recordatório)	Variáveis exploratórias	Principais resultados do artigo	Conclusões