

Uso de serviços de saúde para controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de São Paulo*

Health services utilization to control arterial hypertension and diabetes mellitus in the city of São Paulo

Sheila Rizzato Stopa^I , Chester Luiz Galvão Cesar^{II} , Maria Cecília Goi Porto Alves^{III} ,
Marilisa Berti de Azevedo Barros^{IV} , Moisés Goldbaum^V 

RESUMO: *Objetivo:* Descrever as prevalências do uso de serviços de saúde para controle da hipertensão arterial (HA) e do diabetes *mellitus* (DM) no município de São Paulo nos anos de 2003, 2008 e 2015 e analisar os fatores associados a esse uso no ano de 2015. *Métodos:* Foram analisados dados de população adulta provenientes dos inquéritos de saúde no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015. Foram estimadas as prevalências e seus intervalos de confiança de 95% nos 3 anos para descrever as prevalências do uso de serviços de saúde para controle da HA e do DM. Para 2015, foram estimadas as prevalências para as mesmas variáveis segundo características sociodemográficas, geográficas e de saúde. Utilizou-se regressão logística multinomial para estimar modelos de análise para HA e DM. *Resultados:* Observou-se aumento significativo no percentual de pessoas que referiram ir ao serviço de saúde de rotina por causa da HA e do DM no período 2003 a 2015. Em 2015, maior uso de serviços de saúde de rotina para controle da HA foi observado entre os idosos e as pessoas que referiram possuir plano de saúde. No caso do DM, houve associação entre o uso de serviços e baixa escolaridade. Ser idoso diminui o risco de não ir ao serviço de saúde para o controle da HA, enquanto ser do sexo masculino e não possuir plano de saúde aumentam esse risco significativamente. *Conclusões:* Identificar como os indivíduos com HA e DM utilizam os serviços de saúde para controle das doenças é de extrema relevância para reduzir barreiras no acesso e, ainda, orientar políticas de saúde no intuito de reduzir desigualdades.

Palavras-chave: Vigilância epidemiológica. Hipertensão. Diabetes *mellitus*. Serviços de saúde. Inquéritos epidemiológicos.

*Artigo baseado na tese de doutorado de Stopa SR, intitulada: "Monitoramento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de São Paulo: evolução das prevalências e uso de medidas de controle", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

^IPrograma de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{III}Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo (SP), Brasil.

^{IV}Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

^VDepartamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Autora correspondente: Sheila Rizzato Stopa. Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Avenida Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP: 01246-904, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: sheilarizzato@usp.br

Conflitos de interesse: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, processo nº 140483/2016-0.

ABSTRACT: Objective: To describe the prevalence of health services utilization for control of arterial hypertension (AH) and diabetes mellitus (DM) in the city of São Paulo in 2003, 2008 and 2015 and to analyze associated factors to this utilization in 2015. **Methods:** Data regarding adults who participated in the Health Surveys conducted in the city of Sao Paulo, ISA-Capital 2003, 2008 and 2015, were analyzed. Prevalences and 95% confidence intervals for the three years were estimated to describe the prevalence of the use of services to control HA and DM. For the year of 2015, prevalences of the same variables were estimated according to sociodemographic, geographic and health characteristics. Multinomial logistic regression was used to estimate AH and DM analysis models. **Results:** There was a significant increase in the prevalence of people who reported routine health services utilization to control AH and DM in the period 2003–2015. For 2015, an increased routine health services utilization to control AH was observed among elderly and those who reported health insurance. For those who reported DM, an association between health services utilization and low schooling was found. Being elderly reduces the risk of not going to the health services to control AH, while being male and not having a health insurance increase this risk significantly. **Conclusions:** to identify how individuals with AH and DM use health services in way to control these diseases is very important to reduce access barriers and, yet, provide guidance in health policies to reduce disparities. **Keywords:** Epidemiological monitoring. Hypertension. Diabetes mellitus. Health services. Health surveys.

INTRODUÇÃO

Prevalências em ascendência, altos níveis de morbimortalidade e o impacto econômico que provocam são exemplos dos complexos desafios que a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM) acarretam aos indivíduos, à sociedade e aos sistemas de saúde¹⁻⁴. No entanto, o desenvolvimento dessas doenças na população pode ser reduzido com a adoção de comportamentos saudáveis e mudanças no estilo de vida. O controle metabólico e/ou dos níveis pressóricos associados a essas medidas resultam em melhora da qualidade de vida e na redução das consequências devidas aos agravos da HA e do DM^{5,6}.

Além disso, é fundamental que o manejo e o controle dessas doenças sejam feitos, também, mediante um sistema de assistência de qualidade⁷. Acompanhar os indivíduos diagnosticados com HA e DM no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é responsabilidade da atenção básica, principal porta de entrada para o sistema de saúde, além de estruturar e promover a integralidade e a longitudinalidade do cuidado. O acompanhamento periódico realizado nos serviços de saúde tem como maior objetivo o controle da HA e do DM, resultando também em redução das internações hospitalares e mortalidade por essas doenças^{8,9}.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), pessoas que possuem doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a HA e o DM têm situação social economicamente agravada devido aos maiores gastos com saúde, em especial pela procura pelos serviços de saúde^{10,11}. Ainda, a OMS ressalta que muitas populações, em diversos países no mundo, têm dificuldade tanto no acesso como no uso dos serviços de saúde, considerável barreira no enfrentamento às DCNT^{11,12}.

O uso de serviços de saúde é resultado de uma combinação de fatores, que vão desde necessidades de saúde ou pré-existência de doença, bem como a gravidade ou urgência da doença, além da oferta disponível de serviços. São determinantes da utilização dos serviços de saúde fatores demográficos, culturais e socioeconômicos, tais como idade, sexo, condições de vida e moradia, renda familiar, nível de escolaridade do chefe da família, dentre outros¹³⁻¹⁵. A utilização de serviços de saúde é maior em indivíduos com DCNT^{16,17}.

Dessa maneira, torna-se importante monitorar o uso de serviços de saúde destinados a pessoas com HA e DM no intuito de identificar possíveis desafios e entraves. A organização dos serviços exige planejamento e adaptação de políticas de saúde e da oferta. Conhecer tal demanda é imprescindível^{13,15}.

O objetivo deste estudo foi monitorar o uso de serviços de saúde para controle da HA e do DM no município de São Paulo nos anos de 2003, 2008 e 2015 e analisar se sexo, idade, escolaridade, região de saúde e posse de planos de saúde influenciaram a utilização de serviços de saúde no ano de 2015.

MÉTODOS

No presente estudo foram analisados dados de amostras de população adulta (20 anos ou mais) provenientes do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital), inquérito domiciliar de base populacional realizado no município de São Paulo (MSP) nos anos de 2003, 2008 e 2015, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo por meio de convênio com o Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O ISA-Capital aborda grupos de temas que são analisados segundo as condições de vida dos entrevistados, tais como estilo de vida, estado de saúde e utilização de serviços de saúde.

O processo de amostragem em todas as edições se deu por sorteio de conglomerados em dois estágios: setores censitários e domicílios. O ISA-Capital não realiza sorteio intradomiciliar, ou seja, todos os moradores do domicílio sorteado que pertencem ao domínio de interesse são convidados a participar da pesquisa.

No ISA-Capital 2003 foram entrevistados 3.357 indivíduos. Foram sorteados 60 setores com base na amostra da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) 2002, agrupados em 3 estratos, de acordo com a escolaridade do chefe da família, estimada pelo percentual de chefes com nível universitário: < 5,0; de 5,0 a 24,99 e ≥ 25,0%. Essa estratégia visou aumentar a probabilidade de incluir na amostra indivíduos que pertenciam a estratos de maior nível socioeconômico, possibilitando a análise dos dados segundo grupos sociais diversos. O tamanho da amostra foi calculado considerando o cenário correspondente à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados ($p = 0,50$); coeficiente de 95% de confiança na determinação dos intervalos de confiança ($z = 1,96$); erro de amostragem de 0,06 e efeito do delineamento de 1,5.

No ISA-Capital 2008 foram entrevistados 3.271 indivíduos e 70 setores censitários do município foram sorteados para compor a amostra, calculada considerando um conjunto de estimativas (parâmetros) de interesse em diferentes níveis de desagregação ($p = 0,50$), nível de confiança de 95%, erro de amostragem de 0,04 a 0,07 e efeito do delineamento de 1,5.

Na edição do ISA-Capital 2015 foram entrevistados 4.043 indivíduos. O município foi estratificado pelas coordenadorias regionais de saúde (CRS) vigentes na época: norte, centro-oeste, sudeste, sul e leste. Em cada CRS foram sorteados 30 setores censitários, com base na listagem de setores urbanos do Censo 2010. Os domínios que compuseram a amostra em cada estrato foram: 12 a 19 anos (masculino e feminino), 20 a 59 anos (masculino), 20 a 59 anos (feminino) e ≥ 60 anos (masculino e feminino). O tamanho mínimo da amostra em cada domínio foi calculado com base em um conjunto de estimativas (parâmetros) de interesse em diferentes níveis de desagregação ($p = 0,50$), com erro de amostragem de 0,10, considerando um nível de confiança de 95% e um efeito de delineamento de 1,5.

Maiores detalhes sobre o processo de amostragem do ISA-Capital estão disponíveis no site da pesquisa e em publicações anteriores^{18,19}.

Neste estudo foram considerados os domínios amostrais de 20 a 59 anos, do sexo masculino e do sexo feminino, e de 60 anos ou mais, do sexo masculino e do sexo feminino, oriundos dos três inquéritos descritos anteriormente.

Foram selecionadas para o estudo:

- variáveis sociodemográficas: sexo (feminino e masculino), idade (20 a 59, 60 anos ou mais), escolaridade em anos completos (0 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 anos ou mais);
- variável geográfica: CRS (Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Sul e Leste);
- variáveis de uso de serviços de saúde: visita o serviço de saúde regularmente por causa da HA (sim, de rotina; não, só quando tem problema; não), visita o serviço de saúde regularmente por causa do DM (sim, de rotina; não, só quando tem problema; não), possui plano de saúde (sim ou não).

Para descrever as prevalências do uso de serviços de saúde para controle da HA e do DM, foram estimadas suas prevalências e intervalos de confiança de 95% (IC95%) para os anos de 2003, 2008 e 2015. Tais análises foram realizadas em um único banco de dados, onde foram combinadas as informações dos três inquéritos para as variáveis estudadas. Todas as variáveis foram renomeadas, tendo seus valores e rótulos categorizados igualmente. Além disso, uma nova variável foi criada para identificar a origem da informação (ISA-Capital 2003, 2008 ou 2015), possibilitando comparações entre os inquéritos.

Ainda, para o ano de 2015 foram estimadas as prevalências e IC95% dos mesmos indicadores segundo variáveis sociodemográficas, geográficas e de saúde. A associação foi verificada pelo teste do χ^2 de Pearson com aproximação de Rao-Scott e nível de significância de 5%.

Para as análises multivariadas, utilizou-se regressão logística multinomial para estimar dois modelos de análise, sendo um para HA e outro para DM. Em ambos os modelos a categoria “sim, de rotina” foi utilizada como referência para as comparações. O ajuste se deu por todas as variáveis entre si e a medida utilizada para comparação foi a razão do risco relativo (RRR), medida de associação estimada pela regressão multinomial, com nível de significância de 5%.

As análises foram realizadas no programa estatístico Stata 14.0, no módulo *survey*, que considera os efeitos da amostragem complexa. Em todas as edições do ISA-Capital, os indivíduos entrevistados foram consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob parecer n° 1.368.925, de 2015.

RESULTADOS

Na Tabela 1, pode-se observar a evolução das estimativas de uso de serviços de saúde para controle da HA e do DM em população adulta (20 anos ou mais) no MSP. O percentual de pessoas que referiram ir ao serviço de saúde de rotina por causa do DM tendeu a aumentar no período de 2003 a 2015, passando de 58,6% (IC95% 46,2 – 70,0) em 2003 para 82,3% (IC95% 76,3 – 87,0) em 2015. No caso da HA, o uso de serviços de rotina passou de 63,9% (IC95% 58,2 – 69,1) em 2003 para 70,4% (IC95% 66,0 – 74,5) em 2015.

Na análise dos dados de 2015, no que diz respeito ao controle da HA, o uso dos serviços de saúde de rotina foi maior entre os idosos e pessoas que referiram possuir plano de saúde; e se associou também às CRS (Tabela 2). Para o DM, houve associação estatisticamente significativa entre o uso de serviços de saúde para controle da doença e escolaridade (Tabela 3).

As Tabelas 4 e 5 apresentam os resultados da regressão logística multinomial. A Tabela 4 contém os resultados das categorias “não, só quando tem problema” e “não” quando contrastadas com a categorias “sim, de rotina” (referência), na análise do uso de serviços de saúde para

Tabela 1. Prevalências do uso de serviços de saúde para controle da hipertensão e do diabetes em população adulta, segundo ano de realização do inquérito. Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital) 2003, 2008 e 2015.

Vai ao serviço de saúde por causa da...	ISA-Capital 2003	ISA-Capital 2008	ISA-Capital 2015	Valor p
	% (IC95%)*	% (IC95%)*	% (IC95%)*	
Hipertensão				0,012
Sim, de rotina	63,9 (58,2 – 69,1)	69,4 (64,4 – 74,0)	70,4 (66,0 – 74,5)	
Não, só quando tem problema	12,4 (8,9 – 17,0)	13,8 (10,1 – 18,7)	7,6 (5,7 – 10,3)	
Não	23,8 (18,5 – 30,1)	16,8 (13,6 – 20,5)	21,9 (18,0 – 26,5)	
Diabetes				< 0,001
Sim, de rotina	58,6 (46,2 – 70,0)	74,1 (65,7 – 81,1)	82,3 (76,3 – 87,0)	
Não, só quando tem problema	3,1 (1,4 – 6,9)	9,8 (4,9 – 15,6)	3,0 (1,6 – 5,8)	
Não	38,3 (26,8 – 51,3)	16,1 (10,6 – 23,6)	14,7 (10,4 – 20,3)	

ISA-Capital: Inquérito de Saúde no Município de São Paulo; IC95%: intervalo de confiança de 95%; *prevalências e intervalos de confiança de 95% calculados sob ponderação.

controle da HA. O modelo teve ajuste significativo, com $F(18,122) = 3,04$ e $p < 0,001$. Na análise ajustada, pode-se observar que o risco de ir ao serviço de saúde apenas quando se tem algum problema diminui para os indivíduos com 60 anos ou mais ($RRR = 0,38$; $p = 0,005$), enquanto não possuir plano de saúde aumenta esse risco em 99% ($RRR = 1,99$; $p = 0,028$). Ainda, na análise ajustada da categoria “não”, ter 60 anos ou mais também diminui o risco de não ir ao serviço de saúde para o controle da HA ($RRR = 0,45$; $p = 0,001$), enquanto ser do sexo masculino e não possuir plano de saúde aumentam esse risco significativamente ($RRR = 1,42$; $p = 0,042$ e $RRR = 1,81$; $p = 0,012$; respectivamente). As demais variáveis não mostraram resultados significantes.

Tabela 2. Prevalências do uso de serviços de saúde para controle da hipertensão em população adulta, segundo variáveis sociodemográficas, geográficas e de saúde. Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital) 2015.

Variáveis	Sim, de rotina	Não, só quando tem problema	Não	Valor p
	% (IC95%)*	% (IC95%)*	% (IC95%)*	
Sexo				0,109
Feminino	73,0 (68,3 – 77,2)	7,3 (5,0 – 10,5)	19,8 (15,7 – 24,6)	
Masculino	66,4 (60,0 – 72,2)	8,2 (5,5 – 12,1)	25,4 (19,9 – 31,8)	
Idade (anos)				< 0,001
20 a 59	62,0 (55,8 – 67,9)	10,1 (6,9 – 14,5)	27,9 (22,1 – 34,5)	
60 ou mais	81,2 (76,5 – 85,2)	4,5 (2,8 – 7,2)	14,3 (10,6 – 19,0)	
Escolaridade (anos)				0,452
0 a 3	71,3 (63,6 – 78,0)	6,5 (3,9 – 10,8)	22,2 (16,1 – 29,7)	
4 a 7	70,8 (63,4 – 77,3)	5,5 (2,9 – 10,1)	23,7 (17,7 – 31,0)	
8 ou mais	69,3 (64,3 – 73,9)	9,4 (6,4 – 13,6)	21,3 (16,9 – 26,6)	
Coordenadorias regionais de saúde				0,008
Norte	67,3 (57,8 – 75,6)	7,5 (3,3 – 16,0)	25,2 (18,5 – 33,4)	
Centro-oeste	81,0 (72,8 – 87,1)	5,0 (1,6 – 14,1)	14,0 (8,8 – 21,7)	
Sudeste	77,3 (69,7 – 83,5)	7,3 (3,9 – 13,2)	15,4 (9,5 – 24,0)	
Sul	63,5 (49,4 – 75,6)	3,7 (1,6 – 8,1)	32,9 (20,6 – 48,1)	
Leste	64,7 (58,1 – 70,8)	14,4 (9,6 – 21,0)	20,9 (15,1 – 28,3)	
Posse de plano de saúde				< 0,001
Sim	77,9 (71,9 – 82,9)	6,0 (3,6 – 9,7)	16,2 (11,4 – 22,5)	
Não	64,2 (59,2 – 69,0)	9,1 (6,5 – 12,5)	26,7 (22,2 – 31,8)	

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *prevalências e intervalos de confiança de 95% calculados sob ponderação. Diferenças significantes apresentadas em negrito.

Já a Tabela 5 apresenta os resultados da mesma análise considerando o uso de serviços de saúde para controle do DM. O modelo teve ajuste significativo, com $F(18,102) = 6,20$ e $p < 0,001$. Dados de escolaridade e das CRS referentes à categoria “não, só quando tem problema” não foram apresentados em função de IC95% muito amplos e coeficientes de variação maiores do que 30%. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o uso de serviços de saúde para controle do DM segundo as variáveis de análise.

Em todas as comparações o ajuste foi feito por todas as variáveis entre si.

Tabela 3. Prevalências do uso de serviços de saúde para controle do diabetes em população adulta, segundo variáveis sociodemográficas, geográficas e de saúde. Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital) 2015.

Variáveis	Sim, de rotina	Não, só quando tem problema	Não	Valor p
	% (IC95%)*	% (IC95%)*	% (IC95%)*	
Sexo				0,663
Feminino	83,9 (77,3 – 88,9)	2,8 (1,2 – 6,5)	13,2 (8,9 – 19,3)	
Masculino	79,5 (68,6 – 87,4)	3,4 (1,2 – 9,2)	17,1 (9,7 – 28,4)	
Idade (anos)				0,736
20 a 59	81,4 (71,0 – 88,6)	3,9 (1,6 – 9,3)	14,7 (8,3 – 24,6)	
60 ou mais	83,1 (76,5 – 88,1)	2,3 (0,8 – 6,2)	14,7 (9,9 – 21,2)	
Escolaridade (anos)				0,040
0 a 3	79,1 (67,7 – 87,2)	0,4 (0,1 – 2,5)	20,6 (12,5 – 32,0)	
4 a 7	80,0 (70,0 – 87,1)	7,1 (3,2 – 14,9)	13,1 (7,3 – 22,2)	
8 ou mais	85,4 (76,0 – 91,5)	1,9 (0,5 – 6,7)	12,7 (7,2 – 21,6)	
Coordenadorias regionais de saúde				0,644
Norte	76,3 (60,1 – 87,3)	4,1 (1,0 – 15,3)	19,5 (9,7 – 35,4)	
Centro-oeste	83,8 (63,6 – 93,9)	2,3 (0,3 – 14,4)	13,9 (4,7 – 34,5)	
Sudeste	83,8 (72,6 – 91,0)	1,5 (0,2 – 9,9)	14,7 (7,7 – 26,4)	
Sul	80,6 (66,4 – 89,7)	1,8 (0,3 – 12,0)	17,7 (9,0 – 31,9)	
Leste	87,4 (72,4 – 94,8)	5,7 (2,1 – 14,6)	7,0 (2,4 – 18,6)	
Posse de plano de saúde				0,250
Sim	87,2 (78,2 – 92,8)	2,5 (0,8 – 7,7)	10,3 (5,5 – 18,5)	
Não	78,7 (70,7 – 84,9)	3,4 (1,5 – 7,6)	17,9 (12,2 – 25,7)	

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *prevalências e intervalos de confiança de 95% calculados sob ponderação. Diferenças significantes apresentadas em negrito.

Tabela 4. Razão de risco relativo bruta e ajustada do uso de serviços de saúde para controle da hipertensão em população adulta, segundo variáveis sociodemográficas, geográficas e de saúde. Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital) 2015.

Variáveis	Não, só quando tem problema				Não			
	RRB (IC95%)	Valor p	RRA* (IC95%)	Valor p	RRB (IC95%)	Valor p	RRA* (IC95%)	Valor p
Sexo								
Feminino	1,00		1,00		1,00		1,00	
Masculino	1,24 (0,74 – 2,08)	0,408	1,17 (0,67 – 2,03)	0,585	1,41 (1,02 – 1,96)	0,041	1,42 (1,01 – 2,00)	0,042
Idade (anos)								
20 a 59	1,00		1,00		1,00		1,00	
60 ou mais	0,34 (0,18 – 0,66)	0,001	0,38 (0,19 – 0,74)	0,005	0,39 (0,25 – 0,60)	< 0,001	0,45 (0,29 – 0,71)	0,001
Escolaridade (anos)								
0 a 3	1,00		1,00		1,00		1,00	
4 a 7	0,84 (0,36 – 1,98)	0,694	0,61 (0,26 – 1,43)	0,251	1,08 (0,71 – 1,65)	0,726	0,85 (0,54 – 1,34)	0,491
8 ou mais	1,48 (0,74 – 2,94)	0,262	1,17 (0,56 – 2,46)	0,674	0,99 (0,67 – 1,47)	0,962	0,96 (0,62 – 1,47)	0,839
Coordenadorias regionais de saúde								
Norte	1,00		1,00		1,00		1,00	
Centro-oeste	0,55 (0,13 – 2,31)	0,415	0,71 (0,18 – 2,86)	0,626	0,46 (0,24 – 0,89)	0,022	0,58 (0,28 – 1,17)	0,126
Sudeste	0,85 (0,28 – 2,51)	0,761	1,03 (0,33 – 3,15)	0,963	0,53 (0,27 – 1,04)	0,066	0,61 (0,32 – 1,17)	0,138
Sul	0,52 (0,16 – 1,72)	0,279	0,49 (0,14 – 1,67)	0,250	1,38 (0,65 – 2,93)	0,400	1,23 (0,58 – 2,61)	0,579
Leste	1,99 (0,75 – 5,33)	0,167	1,97 (0,75 – 5,18)	0,167	0,86 (0,49 – 1,51)	0,600	0,82 (0,47 – 1,44)	0,497
Posse de plano de saúde								
Sim	1,00		1,00		1,00		1,00	
Não	1,84 (1,03 – 3,29)	0,039	1,99 (1,08 – 3,67)	0,028	2,00 (1,36 – 2,96)	0,001	1,81 (1,14 – 2,86)	0,012

RRB: razão de risco relativo bruta; RRA: razão de risco relativo ajustada; *razão de risco relativo ajustada por sexo, idade e escolaridade (categoria de referência: sim, de rotina); IC95%: intervalo de confiança de 95%. Diferenças significantes apresentadas em negrito.

Tabela 5. Razão de risco relativo bruta e ajustada do uso de serviços de saúde para controle do diabetes em população adulta, segundo variáveis sociodemográficas, geográficas e de saúde.

Variáveis	Não, só quando tem problema				Não			
	RRB (IC95%)	Valor p	RRA* (IC95%)	Valor p	RRB (IC95%)	Valor p	RRA* (IC95%)	Valor p
Sexo								
Feminino	1,00		1,00		1,00		1,00	
Masculino	1,25 (0,32 – 4,82)	0,747	1,34 (0,87 – 4,82)	0,655	1,37 (0,64 – 2,93)	0,420	1,37 (0,63 – 2,94)	0,423
Idade (anos)								
20 a 59	1,00		1,00		1,00		1,00	
60 ou mais	0,56 (0,14 – 2,27)	0,413	0,82 (0,18 – 3,74)	0,800	0,98 (0,46 – 2,09)	0,961	0,95 (0,47 – 1,95)	0,897
Escolaridade (anos)								
0 a 3	1,00		1,00		1,00		1,00	
4 a 7	**	**	**	**	0,63 (0,26 – 1,50)	0,290	0,62 (0,27 – 1,41)	0,250
8 ou mais	**	**	**	**	0,57 (0,24 – 1,37)	0,208	0,95 (0,47 – 1,95)	0,324
Coordenadorias regionais de saúde								
Norte	1,00		1,00		1,00		1,00	
Centro-oeste	**	**	**	**	0,65 (0,15 – 2,75)	0,554	0,75 (0,19 – 2,90)	0,670
Sudeste	**	**	**	**	0,69 (0,23 – 2,06)	0,500	0,77 (0,25 – 2,35)	0,643
Sul	**	**	**	**	0,86 (0,28 – 2,66)	0,787	0,75 (0,25 – 2,30)	0,618
Leste	**	**	**	**	0,31 (0,08 – 1,28)	0,105	0,31 (0,08 – 1,27)	0,104
Posse de plano de saúde								
Sim	1,00		1,00		1,00		1,00	
Não	1,50 (0,35 – 6,47)	0,586	1,03 (0,17 – 6,37)	0,977	1,93 (0,88 – 4,21)	0,100	1,78 (0,80 – 3,99)	0,159

RRB: razão de risco relativo bruta; RRA: razão de risco relativo ajustada; *razão de risco relativo ajustada por sexo, idade e escolaridade (categoria de referência: sim, de rotina); **dados não mostrados em função do coeficiente de variação > 30%; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Neste estudo foram analisadas as prevalências de uso de serviços de saúde para controle da HA e do DM no município de São Paulo nos anos de 2003, 2008 e 2015. Constatou-se um aumento do uso de serviços de rotina para controle do DM no período de análise. Ainda, ser idoso foi associado a uma diminuição do risco de não ir aos serviços de saúde para controle da HA ou de ir apenas quando se tem algum problema, enquanto ser do sexo masculino e não possuir plano de saúde aumentaram significativamente esse risco.

A possibilidade de recorrer a um serviço de saúde regularmente é um importante indicador de acesso aos serviços de saúde, que é influenciado pela oferta dos serviços e pela necessidade percebida pelos seus usuários. Em um sistema de saúde hierarquizado, como é o caso do Brasil, a atenção básica, porta de entrada dos serviços de saúde, é também referência para o acesso a níveis de maior complexidade^{15,20}.

Visitar regularmente o serviço de saúde é atividade primordial do acompanhamento de indivíduos com HA ou DM, no intuito de estabelecer manejo e controle dessas doenças. Isso permite reavaliar condições de saúde dos indivíduos, como os níveis pressóricos ou metabólicos, (re)estabelecer estratégias de tratamento, motivar comportamentos saudáveis e o autocuidado, bem como encaminhar, quando necessário, o indivíduo a outros especialistas. Estudos anteriores já sugeriram que maior adesão ao tratamento e controle de doenças crônicas estão associados também a um maior contato com os serviços de saúde^{17,21-23}.

Dentre as estratégias que podem ter contribuído para o aumento do uso de serviços de rotina para controle da HA e do DM, destaca-se a expansão da estratégia de saúde da família (ESF) no país, que acentuou-se a partir do ano 2000. Tal medida visa aproximar os serviços de saúde e a população e promover melhor qualidade na atenção primária à saúde^{24,25}. Além disso, a ESF, na organização da sua implantação, teve como objetivo o acesso universal aos serviços de saúde, traduzindo a necessidade de expansão no intuito de assistir igualmente à população²⁶. De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, a proporção de cobertura populacional da ESF estimada para o MSP em janeiro de 2003 era de 15,9%. Em dezembro de 2015 essa mesma proporção era de 33,8%²⁷.

Apesar dos esforços citados, os dados do presente estudo, para o ano de 2015, apontaram que não possuir plano de saúde aumentou o risco de não ir ao serviço de saúde regularmente ou de ir apenas na presença de algum problema, no caso da HA. Na criação do SUS foram estipulados os princípios que o regem — universalidade, integralidade e equidade — e estabeleceu-se, também, que o setor privado de saúde se estruturaria de modo a complementar o serviço público^{28,29}.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde³⁰, 27,9% da população brasileira era coberta por algum plano de saúde no ano de 2013. Isso significa que, enquanto o SUS responde pela saúde de toda a população brasileira, o segmento de planos privados respondia, não exclusivamente, por aproximadamente 56 milhões de pessoas no ano de 2013. Ainda, vale ressaltar que o estado de São Paulo é o maior detentor de posse de planos de saúde do país, com cobertura de 42,1%³¹.

Estudos anteriores já apontaram maior procura dos serviços entre pessoas com e sem DCNT que possuem plano de saúde, sugerindo que a posse de planos de saúde incrementa a utilização dos serviços de saúde e de assistência^{17,32-34}. Menores percentuais de realização de consultas médicas foram encontrados em indivíduos que usavam exclusivamente o SUS, quando comparados àqueles que eram beneficiários de planos de saúde³²⁻³⁴. Dados do Guia de Saúde Suplementar³⁵ sugerem que a utilização média da saúde suplementar em consultas é de 5,1 por beneficiário por ano, aproximadamente o dobro de consultas previstas para a população geral, que fica em torno de duas a três consultas por habitante por ano. Isso significa que ainda permanecem diferenças na utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos que são beneficiários da saúde suplementar³⁶.

A posse de planos de saúde pode facilitar o agendamento de atendimentos, bem como reduzir o tempo de espera³⁷. Um estudo realizado na região metropolitana de São Paulo que avaliou o tempo médio de espera para atendimento e o tipo de serviço procurado apontou que as pessoas que não possuíam plano de saúde chegavam a esperar até 81 minutos por atendimento, enquanto os que possuíam plano esperavam, em média, 32 minutos³⁸. Como hipótese complementar, possuir plano de saúde pode induzir o beneficiário a procurar mais os serviços de saúde, uma vez que estão investindo parte do recurso individual/familiar nesse serviço.

Em contrapartida, é importante salientar possíveis desdobramentos em relação a um aumento na utilização de serviços de saúde, como o aumento dos custos. Dados da Conta-Satélite do Brasil 2010–2015, que sistematiza informações sobre serviços de saúde e permite a análise da evolução de um setor em relação ao total da economia, apontam que, em 2015, as despesas com saúde no país totalizaram o montante de R\$ 546 bilhões, o que correspondia na época a 9,1% do produto interno bruto (PIB) brasileiro. Desse total, cerca de 3,9% do PIB (R\$ 231 bilhões) foram despesas de consumo do governo federal e o restante (R\$ 315 bilhões ou 5,2% do PIB), despesas de famílias e instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias³⁹.

Outros fatores que se associaram ao uso de serviços de saúde para controle da HA foram sexo e idade. Os achados corroboram estudos anteriores, dado que já foi bem descrito o maior uso de serviços de saúde pelas mulheres e pessoas com mais de 60 anos. O primeiro grupo, em função de demandas associadas à gravidez, parto, exames preventivos, maior interesse e cuidado com a própria saúde. E, no caso dos idosos, entre outros motivos, maior prevalência de doenças crônicas e seus agravos^{13,40}.

Muito embora as desigualdades sociais e a ausência de equidade na distribuição dos privilégios da urbanização sejam temáticas consideráveis no contexto do MSP, neste estudo não foram encontradas diferenças no uso de serviços de saúde para controle da HA e do DM segundo as CRS do município. O objetivo de conhecer e identificar fatores que podem — ou não — se relacionar ao uso de serviços de saúde no município são importantes para subsidiar o planejamento, a organização e a alocação de recursos de saúde. O ISA-Capital 2015 foi o primeiro inquérito de saúde realizado no MSP com a intuito de gerar estimativas de saúde para áreas menores do município.

Algumas limitações do estudo devem ser ponderadas. Não foi avaliado o tipo de serviço frequentado para realizar o controle da HA ou do DM, ou seja, o indivíduo poderia

referir qualquer serviço que era utilizado, o que dificulta a especificidade dessa discussão. Também não foi investigada a qualidade da assistência prestada ou o nível de atenção do serviço utilizado. Ainda, a variável dependente (uso de serviço regular para controle da HA e/ou DM) não possui uma periodicidade fixa, ou seja, a regularidade desse uso era definida pelo entrevistado. Outro fator importante é que a posse de planos de saúde geralmente se relaciona a maior nível de escolaridade e renda, o que poderia afetar os resultados deste estudo. No entanto, vale lembrar que a variável escolaridade foi usada nos modelos de análise como ajuste, de modo a evitar possíveis distorções nas medidas apresentadas.

CONCLUSÃO

No período de análise (2003 a 2015) houve um aumento no uso de serviços de saúde para controle do DM no MSP. Além disso, ter 60 anos ou mais se associou à menor chance de não ir ao serviço de saúde para controle da HA ou de ir apenas quando se tem algum problema, enquanto ser do sexo masculino e não possuir plano de saúde aumentou significativamente essa chance.

Estudos sobre o uso de serviços de saúde de rotina são importantes para a organização da assistência, bem como para o monitoramento do desempenho dos sistemas de saúde. Por meio deles é possível conhecer a cobertura da assistência e identificar, assim, segmentos populacionais mais vulneráveis. Identificar como os indivíduos com HA e DM utilizam os serviços de saúde para controle das doenças é de extrema relevância para reduzir barreiras no acesso e, ainda, orientar políticas de saúde no intuito de reduzir desigualdades.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011–2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saúde* 2012; 21(1): 7-19. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100002>
3. Malta DC, Stopa SR, Andrade SSCA, Szwarcwald CL, Silva Júnior JB, Reis AAC. Cuidado em saúde em adultos com hipertensão arterial autorreferida no Brasil segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(Supl. 2): 109-22. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-54972015000600010>
4. Malta DC, Iser BPM, Chueiri PS, Stopa SR, Szwarcwald CL, Schmidt MI, et al. Cuidados em saúde entre portadores de diabetes mellitus autorreferido no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(Supl. 2): 17-32. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060003>
5. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Damascena GN, Almeida WS, Malta DC, Stopa SR, et al. Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(Supl. 2): 132-45. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-54972015000600012>
6. Petersen KE, Johnsen NE, Olsen A, Albieri V, Olsen LK, Dragsted LO, et al. The combined impact of adherence to five lifestyle factors on all-cause, cancer and cardiovascular mortality: a prospective cohort study among Danish men and women. *Br J Nutr* 2015; 113(5): 849-58. <https://doi.org/10.1017/S0007114515000070>

7. Otgontuya D, Oum S, Palam E, Rani M, Buckley BS. Individual-based primary prevention of cardiovascular disease in Cambodia and Mongolia: early identification and management of hypertension and diabetes mellitus. *BMC Public Health* 2012; 12: 254. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-254>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779): 1778-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
10. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370(9603): 1929-38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61696-1)
11. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011
12. Bonita R, Magnusson R, Bovet P, Zhao D, Malta DC, Geneau R, et al. Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. *Lancet* 2013; 381(9866): 575-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61993-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61993-X)
13. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(Supl. 1): 3s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>
14. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo Perspect* 2008; 22(2): 19-29.
15. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Supl. 2): S190-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
16. Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 743-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400011>
17. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(Supl. 1):4s. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
18. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. ISA-Capital. Inquérito de Saúde no Município de São Paulo [Internet]. [acessado em 10 set. 2018]. Disponível em: www.fsp.usp.br/isa-sp
19. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Aspectos metodológicos e produção de análises [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo [acessado em 10 set. 2018]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_MA.pdf
20. Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. *Rev Radis* 2010; (96): 12-9. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis96_web.pdf
21. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
23. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(6): 1763-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600027>
24. Barros AJD, Victora CG, Cesar JA, Neumann NA, Bertoldi AD. Brazil: are health and nutrition programs reaching the neediest? Washington, D.C.: The World Bank; 2005. (HNP Discussion Paper, 9).
25. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2012.
26. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014; 38(n. esp.):13-33. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico da cobertura da Estratégia de Saúde da Família [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde [acessado em 4 dez. 2017] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
28. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988.
29. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco T, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(2): 433-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200019>

30. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
31. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AAC. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(1): 179-90. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.16782015>
32. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3807-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000016>
33. Malta DC, Bernal RTI. Comparação dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas na população com e sem planos de saúde nas capitais brasileiras, 2011. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1): 241-55. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400050019>
34. Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JO, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1): 177-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100018>
35. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Guia de Saúde Suplementar. São Paulo: IESS [Internet]. [acessado em 20 ago. 2018]. Disponível em: http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=9
36. Castanheira CHC, Pimenta AM, Lana FCF, Malta DC. Utilization of public and private health services by the population of Belo Horizonte. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1): 256-66.
37. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 11(4): 975-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>
38. Pessoto UC, Heimann LH, Boaretto RC, Castro IEC, Kayano J, Ibanhes LC, et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 351-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200011>
39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
40. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 687-707. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>

Recebido em: 23/01/2018

Revisado em: 10/09/2018

Aceito em: 05/10/2018

Contribuição dos autores: Stopa SR foi responsável pela concepção do estudo, análise de dados e redação do texto original. Cesar CLG foi responsável pela orientação do estudo. Alves MCGP, Barros MBA e Goldbaum M colaboraram na interpretação dos dados e revisão final. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

