

# Ausência de consulta médica de rotina entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: um estudo epidemiológico baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008

*Absence of routine medical consultation among hypertensive and/or diabetic elders: an epidemiological study based on the Brazilian National Household Survey 2008*

Daniela Nice Ferreira<sup>I</sup>, Divane Leite Matos<sup>II</sup>, Antônio Ignácio de Loyola Filho<sup>III,IV</sup>

**RESUMO:** *Objetivo:* O presente estudo, de caráter exploratório, teve como objetivo investigar as características predisponentes, facilitadoras e de necessidades de saúde associadas à não realização de consulta médica nos últimos 12 meses, junto a 23.620 idosos hipertensos e/ou diabéticos. *Métodos:* Nesta investigação, utilizou-se como referencial teórico o modelo comportamental de Andersen e Newman para utilização de serviços de saúde. Os dados analisados foram produzidos pelo Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008, de abrangência nacional. Para identificação das associações, utilizou-se o modelo de regressão de Poisson, que estima razões de prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95%, considerando-se o nível de significância de 5%. *Resultados:* Os resultados mostraram que 10,6% da população estudada não consultaram o médico no período considerado, sendo que a prevalência foi maior entre hipertensos (10,5%) do que entre diabéticos (7,1%). A ausência de consulta médica esteve negativamente associada com o sexo feminino e com o aumento da idade (entre as características predisponentes), com a posse de plano de saúde (característica capacitadora), pior autoavaliação de saúde, presença de condições crônicas de saúde selecionadas e presença da hipertensão associada ao diabetes (entre as necessidades de saúde); já o fato de residir nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste apresentou-se positivamente associado ao evento investigado. *Conclusão:* Esses resultados corroboram o observado em estudos nacionais e internacionais e apontam indícios de desigualdade e iniquidade na utilização da consulta médica pelos idosos hipertensos e/ou diabéticos, a partir dos achados relativos à cobertura por plano de saúde e região geográfica.

**Palavras-chave:** Consulta médica. Idoso. Hipertensão. Diabetes mellitus. Inquéritos epidemiológicos. Serviços de saúde.

<sup>I</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>II</sup>Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>III</sup>Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>IV</sup>Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

**Autor correspondente:** Antônio Ignácio de Loyola Filho, Universidade Federal de Minas Gerais, Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Avenida Augusto de Lima, 1.715, 6º andar, CEP 30190-003, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: aloy@cpqrr.fiocruz.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

**ABSTRACT: Objective:** This exploratory study aimed to investigate the predisposing, enabling and health need characteristics associated with lack of medical visits in the last 12 months, among 23,620 elderly hypertensive and/or diabetic individuals. **Methods:** In this research, we used the theoretical behavioral model of Andersen and Newman for use of health services. The data analyzed were produced by the health supplement of the Brazilian National Household Survey (PNAD) 2008, nationwide. To identify the associations, we used the Poisson regression model, which estimates the prevalence ratios and confidence intervals of 95%, considering the significance level of 5%. **Results:** The results showed that 10.6% of the study population did not consult the doctor in the period considered, and the prevalence was higher among hypertensive subjects (10.5%) than among diabetic ones (7.1%). The lack of medical consultation was negatively associated with female sex and increasing age (predisposing characteristics), with health insurance coverage (enabling characteristic), worse self-rated health, chronic health conditions selected and the presence of hypertension associated with diabetes (health needs), while the fact of living in the Northeast, North and Midwest appeared positively associated with the event under investigation. **Conclusion:** These results corroborate those observed in national and international studies and show evidence of inequality and inequity in the use of medical consultation for this population, based on the findings related to health plan coverage and geographic region.

**Keywords:** Medical consultation. Aged. Hypertension. Diabetes mellitus. Health surveys. Health services.

## INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa vem acontecendo de forma rápida no Brasil<sup>1</sup> e tem sido associado a uma prevalência aumentada das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incapacidade e morte<sup>2</sup>. Dentre as DCNT, destacam-se a hipertensão arterial (HA) e o diabetes *mellitus* (DM), que assumiram ônus crescente e preocupante, constituindo importantes problemas de saúde pública em todos os países, independentemente de seu grau de desenvolvimento<sup>3</sup>.

A HA, caracterizada por pressão arterial (PA) alta e sustentada ( $\geq 140 \times 90$  mmHg), é a mais prevalente de todos os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), possui etiologia multifatorial e está claramente relacionada ao aumento da idade<sup>4</sup>. O ratamento e controle da HA se dão, basicamente, pela farmacoterapia e por modificações do estilo de vida (controle do excesso de peso, incentivo às atividades físicas regulares, adoção de uma alimentação saudável, entre outros)<sup>4</sup>. Entre as consequências das baixas taxas de controle da HA, estão o acidente vascular encefálico (AVE) e doença isquêmica do coração (DIC), as duas principais causas de mortalidade entre idosos brasileiros<sup>2</sup>.

O DM é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, que apresentam em comum a elevação da taxa de glicemia sanguínea (hiperglicemia), resultante de problemas relacionados à secreção e/ou ação da insulina<sup>5</sup>. Assim como no caso da HA, o tratamento e controle do DM2 podem ser realizados por meio de terapia medicamentosa e medidas

não medicamentosas (perda de peso, dieta adequada, combate ao tabagismo e prática de atividade física)<sup>6</sup>. Frequentemente, o DM está associado a complicações nos sistemas nervoso e cardiovascular e a disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, cérebro e coração<sup>5-7</sup>. A mortalidade por DCV e doenças cerebrovasculares são as principais consequências do DM<sup>8</sup>, que acarreta ainda alta morbimortalidade por insuficiência renal, amputação de membros inferiores e cegueira<sup>7</sup>.

Atualmente, doenças crônicas como o DM e a HA representam um importante problema de saúde pública para o Brasil<sup>9</sup> e, no idoso, estão relacionadas principalmente à inadequação da assistência recebida e descontrole da doença e suas sequelas<sup>10</sup>. Conclui-se, portanto, que o monitoramento e atenção continuada por parte dos serviços de saúde é essencial para a minimização da ocorrência de eventos adversos à saúde decorrentes dessas condições. Nesse sentido, ressalta-se que, uma vez diagnosticadas, o protocolo de manejo dessas doenças recomenda acompanhamento periódico pela consulta médica. Também de relevante importância é a realização de estudos que mapeiem essa utilização rotineira (ou não) de consultas médicas junto a esse segmento populacional específico (idosos hipertensos e/ou diabéticos). Para a adesão ao tratamento e melhor controle dos níveis pressóricos (no caso da HA) e dos níveis glicêmicos (no caso do DM), a assiduidade às consultas médicas e educação continuada dos pacientes é fundamental<sup>6</sup>. Estudos sobre a utilização de consultas médicas pela população brasileira idosa têm sido realizados<sup>11,12</sup>, porém percebe-se uma carência de estudos voltados especificamente para a população idosa hipertensa e/ou diabética<sup>11</sup>. A necessidade de se conhecerem as características da não utilização de consultas médicas por essa população é primordial para o planejamento das ações de saúde, uma vez que as mudanças estruturais e funcionais do sistema de saúde do País exigem que as informações sobre a utilização de serviços sejam periodicamente atualizadas.

Tendo em vista o exposto, o objetivo do presente estudo foi investigar a prevalência e os fatores associados à não realização de consulta médica nos últimos 12 meses (consulta de rotina) pela população de idosos brasileiros hipertensos e/ou diabéticos.

## MÉTODOS

### ÁREA E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O presente estudo, transversal e de caráter exploratório, utilizou os dados do Suplemento de Saúde vinculado à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 e desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>13</sup>. O Suplemento de Saúde passou a ser incluído rotineiramente em 1998, inaugurando-se então uma série histórica quinquenal abordando diversos temas sobre as condições de saúde e consumos de serviços de saúde. Esses suplementos permitem delinear o perfil de necessidades de saúde, conhecer os fatores de risco e de proteção para a saúde, acesso e utilização de serviços de saúde, cobertura por planos de saúde, entre outros aspectos<sup>13</sup>.

Na PNAD-2008, o processo amostral ocorreu em três estágios sucessivos: municípios, setores censitários e unidades domiciliares. Nos domicílios amostrados, todos os moradores foram elegíveis para a entrevista face a face. A amostra desse inquérito é representativa da população brasileira<sup>13</sup>. A presente investigação restringiu-se aos participantes da PNAD-2008 com 60 anos ou mais (totalizando 23.620 idosos), que referiram histórico de diagnóstico médico para HA e/ou DM.

## Variáveis do estudo e coleta de dados

A variável dependente foi a não realização de consulta médica nos últimos 12 meses, definida a partir da resposta negativa à pergunta: “Nos últimos 12 meses, o Sr.(a) consultou o médico?”.

A seleção das variáveis independentes foi baseada no modelo para avaliação do uso de serviços de saúde, proposto por Andersen e Newman<sup>14</sup>, que consideram a contribuição de características predisponentes, facilitadoras e de necessidade. As características predisponentes consideradas foram sexo (feminino *versus* masculino), idade em anos (“60 – 64”; “65 – 69”; “70 – 74”; “75 – 79” e “80 ou mais”) e a escolaridade em termos do total de anos completos de frequência à escola regular (“< 1”; “1 – 8”; “9 – 11”; e “12 ou mais”). As características facilitadoras foram renda familiar *per capita* mensal em número de salários mínimos (“< 1”; “1 – 1,9”; “2 – 3,9” e “4 ou mais”), zona de residência (rural *versus* urbana), cobertura por plano de saúde (sim *versus* não) e macrorregião de residência considerando-se as grandes regiões geográficas brasileiras (Sudeste; Sul; Nordeste; Norte e Centro-Oeste).

Como variáveis descritoras das necessidades de saúde, foram utilizadas a autoavaliação da saúde, a capacidade funcional e o histórico de diagnóstico médico para algumas doenças crônicas selecionadas. A autoavaliação da saúde foi mensurada por meio da pergunta: “De um modo geral, você considera seu próprio estado de saúde como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?”, sendo as respostas agregadas em três categorias (“muito bom/bom”, “regular” ou “ruim/muito ruim”). Na avaliação da capacidade funcional, considerou-se o grau de dificuldade (“nenhuma”; “pequena” e “grande/não consegue”) para realização de três atividades básicas de vida diária (AVD) — alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro —, reunidas em uma única pergunta. As AVD são consideradas necessárias para a sobrevivência e uma grande dificuldade ou a impossibilidade de realização de alguma delas, sem ajuda, indicam a presença de incapacidade funcional grave, um estágio mais avançado no processo de declínio funcional.

As seguintes doenças crônicas foram incluídas no estudo: doença de coluna; artrite ou reumatismo; câncer; doença do coração; insuficiência renal crônica e depressão. Todas essas doenças acompanham a pessoa por um longo período de tempo e requerem cuidados médicos rotineiros em momentos de agudização ou para o monitoramento da condição clínica. Os participantes foram ainda categorizados com base no seu *status* relativo à HA e ao DM, em termos da presença isolada ou concomitante dessas doenças (somente hipertenso;

somente diabético; hipertenso e diabético). Como aconteceu de outra pessoa informar sobre características de saúde do selecionado, optou-se por utilizar a variável “informante próximo” para ajustamento das análises pelo tipo de respondente.

## Análise dos dados

A associação entre as variáveis explicativas e o evento foi testada por meio da regressão de Poisson. Numa primeira etapa da análise, para cada um dos três blocos de variáveis, foram estimadas razões de prevalências bruta (análise univariada) e ajustada (análise multivariada, restrita às variáveis do bloco), com os respectivos intervalos de confiança 95%. Num segundo momento, foi realizada uma nova análise multivariada (modelo final), que incluiu todas as variáveis que, nas análises multivariadas por bloco, permaneceram significativamente associadas ao evento, ao nível de significância de 5%. Esse mesmo nível de significância foi adotado na identificação das variáveis que permaneceram independentemente associadas ao evento, no modelo multivariado final.

As análises estatísticas foram realizadas com o recurso do *software* Stata<sup>®</sup>, versão 10.0. Como o desenho amostral da PNAD incorpora todos os aspectos que definem um plano amostral como complexo (estratificação, conglomeração, probabilidades desiguais de seleção em um ou mais estágios e ajustes dos pesos amostrais), a análise dos dados considerou procedimentos estatísticos especiais (módulo *svy*), permitindo a expansão da amostra com base nos fatores de ponderação.

Este estudo utilizou os dados públicos obtidos a partir de fontes secundárias, no caso, a PNAD, que foi desenvolvida de forma a proteger a privacidade dos participantes, garantindo participação anônima e voluntária dos mesmos. Não existem conflitos de interesse por parte dos autores.

## RESULTADOS

Entre os 41.269 idosos (60 anos ou mais) entrevistados na PNAD-2008 e que responderam o Suplemento de Saúde, 23.620 (57,2%) referiram histórico de diagnóstico médico para HA e/ou DM e foram incluídos no presente estudo. Em sua maioria, os participantes eram do sexo feminino (61,1%), com idade média de 70,3 anos (50,2% tinham idade inferior a 70 anos), apresentavam escolaridade baixa (84,5% com no máximo o Ensino Fundamental completo e apenas 6,1% com Ensino Superior incompleto ou completo) e 70,2% deles integravam famílias com renda mensal inferior a 2 salários mínimos nacionais (1 salário mínimo - SM = R\$ 415,00).

A prevalência da não realização de consulta médica nos últimos 12 meses foi de 10,6% (IC95% 10,1 – 11,2); entre os hipertensos, foi de 10,5% (IC95% 10,0 – 11,0) e, entre os diabéticos, foi de 7,1% (IC95% 6,3 – 7,8). As Tabelas 1 a 3 descrevem, respectivamente, a

Tabela 1. Razões de prevalência bruta e ajustada, com respectivos intervalos de confiança de 95%, para associação entre as características predisponentes e a ausência da realização de consulta médica nos últimos 12 meses por idosos hipertensos e/ou diabéticos, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Características predisponentes	População total (%)	Não realizou consulta médica (%)	RPB* (IC95%)	RPA** (IC95%)
<b>Sexo</b>				
Masculino	38,9	13,8	1,00	1,00
Feminino	61,1	8,6	0,62 (0,58 – 0,67)	0,62 (0,57 – 0,67)
<b>Idade (anos)</b>				
60 – 64	28,3	11,6	1,00	1,00
65 – 69	24,4	10,9	0,94 (0,84 – 1,06)	0,93 (0,83 – 1,04)
70 – 74	19,4	10,6	0,92 (0,81 – 1,04)	0,89 (0,79 – 1,01)
75 – 79	14,0	9,0	0,78 (0,68 – 0,90)	0,76 (0,66 – 0,88)
≥ 80	13,9	9,6	0,83 (0,71 – 0,97)	0,81 (0,69 – 0,95)
<b>Anos completos de escolaridade</b>				
< 1	32,6	11,7	1,00	1,00
1 – 8	52,2	10,3	0,88 (0,80 – 0,97)	0,85 (0,77 – 0,93)
9 – 11	9,0	9,6	0,82 (0,69 – 0,97)	0,76 (0,64 – 0,90)
≥ 12	6,2	9,6	0,82 (0,67 – 1,00)	0,71 (0,58 – 0,87)

\*Estimada por meio do modelo de regressão de Poisson; \*\*ajustada pelas características predisponentes descritas na tabela. RPB: razão de prevalência bruta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; RPA: razão de prevalência ajustada.

distribuição das características predisponentes, facilitadoras e de necessidades de saúde na população de estudo, a prevalência do evento investigado para os 3 conjuntos de variáveis explicativas e as razões de prevalência bruta e ajustada (no interior de cada bloco).

Em relação às características predisponentes, a probabilidade de não ter consultado o médico foi menor entre as mulheres e diminuiu com o aumento da idade e da escolaridade. Todas as características predisponentes apresentaram-se significativamente ( $p < 0,05$ ) associadas ao evento, tanto na análise univariada quanto na ajustada. O modelo multivariado para as características predisponentes estimaram razões de prevalência ajustadas com valores próximos àquelas resultantes da análise univariada. A variável predisponente mais fortemente associada à ausência de consulta médica foi o sexo (razão de prevalência – RP = 0,62; IC95% 0,57 – 0,67). Maiores detalhes podem ser vistos na Tabela 1.

Os resultados relativos às características facilitadoras estão discriminados na Tabela 2. A ausência de consulta médica foi mais frequente entre aqueles idosos hipertensos e/ou

Tabela 2. Razões de prevalência bruta e ajustada, com respectivos intervalos de confiança de 95%, para associação entre as características facilitadoras e a ausência da realização de consulta médica nos últimos 12 meses por idosos hipertensos e/ou diabéticos, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Características facilitadoras	População total (%)	Não realizou consulta médica (%)	RPB* (IC95%)	RPA** (IC95%)
Renda familiar <i>per capita</i> em salários mínimos (SM)***				
< 1	29,3	12,0	1,00	1,00
1 – 1,9	40,9	10,9	0,91 (0,82 – 1,01)	1,00 (0,90 – 1,10)
2 – 3,9	16,6	9,0	0,75 (0,65 – 0,86)	0,99 (0,85 – 1,16)
≥ 4	13,2	8,7	0,73 (0,62 – 0,85)	1,12 (0,94 – 1,33)
Área de residência				
Urbana	85,1	10,0	1,00	1,00
Rural	14,9	14,0	1,40 (1,25 – 1,57)	1,20 (1,06 – 1,35)
Macrorregião de residência				
Sudeste	49,0	9,2	1,00	1,00
Sul	15,9	10,8	1,17 (1,00 – 1,37)	1,11 (0,95 – 1,30)
Nordeste	24,4	12,6	1,37 (1,21 – 1,54)	1,19 (1,05 – 1,35)
Norte	4,7	13,4	1,45 (1,22 – 1,73)	1,29 (1,08 – 1,53)
Centro-Oeste	6,1	11,5	1,24 (1,07 – 1,45)	1,19 (1,02 – 1,39)
Cobertura por plano de saúde				
Não	69,6	12,4	1,00	1,00
Sim	30,4	6,7	0,54 (0,48 – 0,60)	0,56 (0,49 – 0,64)
Morar sozinho				
Não	85,9	10,7	1,00	1,00
Sim	14,1	10,4	0,97 (0,86 – 1,10)	0,99 (0,87 – 1,13)

\*Estimada por meio do modelo de regressão de Poisson; \*\*ajustada pelas características facilitadoras descritas na tabela; \*\*\*à época: 1 SM = R\$ 415,00.

RPB: razão de prevalência bruta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; RPA: razão de prevalência ajustada.

diabéticos residentes em zona rural e em municípios das outras grandes regiões geográficas que não a Sudeste; uma tendência oposta foi observada para os idosos com renda familiar *per capita* mais elevada e cobertos por um plano de saúde. Na análise univariada, apenas o *status* de co-habitação (morar sozinho) não esteve associado ( $p < 0,05$ ) à ausência de consulta médica. Na análise multivariada dos fatores componentes desse bloco, a associação do evento com a renda perdeu significância estatística. A cobertura por plano de saúde foi a variável facilitadora mais fortemente associada ao evento (RP = 0,56; IC95% 0,49 – 0,64).

A Tabela 3 descreve os resultados relativos à análise das variáveis de necessidade. Consistentemente, foi menos provável encontrar um relato de ausência de consulta médica nos últimos 12 meses entre os idosos com um pior estado de saúde. Especificamente no caso da HA e DM, não foi observada diferença na prevalência do evento entre aqueles que apresentavam uma das condições apenas; todavia, em comparação a esses, idosos simultaneamente hipertensos e diabéticos apresentaram uma prevalência mais baixa do evento investigado. Todas as variáveis de necessidade apresentaram-se significativamente ( $p < 0,05$ ) associadas à ausência de consulta médica. Na análise multivariada no interior do bloco de necessidades, as associações com a incapacidade funcional e com a insuficiência renal perderam significância estatística, tendo sido observada uma diluição da força de associação para as demais variáveis que permaneceram significativamente associadas ao evento. As associações mais fortes foram observadas para o câncer (RP = 0,37; IC95% 0,23 – 0,60), doença do coração (RP = 0,58; IC95% 0,51 – 0,66) e ser hipertenso e diabético (RP = 0,50; IC95% 0,43 – 0,58).

Na Tabela 4, encontram-se descritos os resultados da análise multivariada que identificou as características predisponentes, facilitadoras e de necessidades de saúde independentemente associadas à não realização de consulta médica nos últimos 12 meses. Entre as características predisponentes, ser do sexo feminino (RP = 0,64; IC95% 0,59 – 0,69) e ter uma idade entre 75 – 79 anos (RP = 0,86; IC95% 0,74 – 0,99) permaneceram negativa e independentemente associadas ao evento; a escolaridade deixou de ser significativamente associada ao serem incluídas as características facilitadoras e de necessidade.

No tocante ao bloco das características facilitadoras, permaneceram independentemente associadas ao evento a macrorregião de residência e a cobertura por plano de saúde. Associações independentes foram observadas para as regiões Nordeste (RP = 1,19; IC95% 1,05 – 1,35), Norte (RP = 1,30; IC95% 1,10 – 1,55) e Centro-Oeste (RP = 1,21; IC95% 1,04 – 1,41), mas o mesmo não se observou em relação à Região Sul. Já a cobertura por plano de saúde esteve negativa e independentemente associada ao evento (RP = 0,55; IC95% 0,49 – 0,63); a área de residência deixou de ser significativa para explicar a ausência de consulta médica.

Todas as variáveis descritoras da condição de saúde (variáveis de necessidade) permaneceram independentemente associadas à não utilização da consulta médica. A autoavaliação da saúde apresentou um gradiente dose-resposta na sua associação (RP = 0,72; IC95% 0,65 – 0,79) para regular e RP = 0,53; IC95% 0,45 – 0,63 para ruim/muito ruim, e a probabilidade de não ter consultado um médico entre idosos hipertensos e diabéticos foi aproximadamente a metade daquela observada entre idosos hipertensos apenas (RP = 0,54; IC95% 0,46 – 0,62). Entre as



Tabela 3. Razões de prevalência bruta e ajustada, com respectivos intervalos de confiança de 95%, para associação entre as variáveis de necessidade e a ausência da realização de consulta médica nos últimos 12 meses por idosos hipertensos e/ou diabéticos, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Variáveis de necessidade	População total (%)	Não realizou consulta médica (%)	RPB* (IC95%)	RPA** (IC95%)
<b>Autoavaliação da saúde</b>				
Muito bom/bom	34,4	14,3	1,00	1,00
Regular	48,6	9,5	0,67 (0,61 – 0,73)	0,83 (0,76 – 0,91)
Ruim/muito ruim	17,0	6,3	0,44 (0,37 – 0,51)	0,69 (0,58 – 0,82)
<b>Grau de dificuldade para a realização de AVD</b>				
Nenhuma	81,9	11,3	1,00	1,00
Pequena	9,8	8,0	0,71 (0,60 – 0,85)	0,92 (0,76 – 1,10)
Grande/não consegue	8,3	7,3	0,65 (0,54 – 0,78)	0,98 (0,80 – 1,19)
<b>Status com relação à hipertensão e diabetes</b>				
Hipertensão apenas	72,0	12,0	1,00	1,00
Diabetes apenas	7,1	12,3	1,02 (0,87 – 1,20)	0,96 (0,82 – 1,13)
Hipertensão + diabetes	20,9	5,3	0,44 (0,38 – 0,51)	0,50 (0,43 – 0,58)
<b>Artrite</b>				
Não	70,9	12,0	1,00	1,00
Sim	29,1	7,2	0,60 (0,54 – 0,67)	0,76 (0,69 – 0,87)
<b>Câncer</b>				
Não	97,3	10,8	1,00	1,00
Sim	2,7	3,3	0,31 (0,19 – 0,50)	0,37 (0,23 – 0,60)
<b>Doença do coração</b>				
Não	75,4	12,2	1,00	1,00
Sim	24,6	5,7	0,47 (0,41 – 0,53)	0,58 (0,51 – 0,66)
<b>Insuficiência renal crônica</b>				
Não	95,7	10,8	1,00	1,00
Sim	4,3	5,6	0,51 (0,38 – 0,68)	0,80 (0,60 – 1,07)

Continua...

Tabela 3. Continuação

Variáveis de necessidade	População total (%)	Não realizou consulta médica (%)	RPB* (IC95%)	RPA** (IC95%)
<b>Depressão</b>				
Não	88,3	11,3	1,00	1,00
Sim	11,7	5,5	0,49 (0,40 – 0,59)	0,66 (0,55 – 0,81)
<b>Doença de coluna</b>				
Não	60,6	12,5	1,00	1,00
Sim	39,4	7,8	0,63 (0,57 – 0,69)	0,75 (0,68 – 0,83)
<b>Informante próximo</b>				
Não	71,9	11,0	1,00	1,00
Sim	28,1	9,7	0,88 (0,80 – 0,97)	0,88 (0,80 – 0,97)

\*Estimadas por meio do modelo de Regressão de Poisson; \*\*ajustada pelas características predisponentes descritas na tabela.

RPB: razão de prevalência bruta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; RPA: razão de prevalência ajustada;

AVD: atividades básicas de vida diária.

condições de saúde, apenas a insuficiência renal não se apresentou independentemente associada ao evento investigado; câncer (RP = 0,38; IC95% 0,23 – 0,61) e a doença do coração (RP = 0,60; IC95% 0,53 – 0,68) destacaram-se pela magnitude da associação.

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo indicam que aproximadamente um em cada dez idosos hipertensos e/ou diabéticos não consultou o médico rotineiramente (sendo o evento mais frequente entre hipertensos do que entre diabéticos) e que os fatores associados ao evento incluem características pertinentes aos três conjuntos de variáveis: predisponentes, facilitadoras e de necessidades de saúde.

Uma importante dificuldade que se apresenta na discussão dos resultados do presente trabalho é a escassez de estudos que se assemelhem ao nosso, no que diz respeito às especificidades do objeto e da população de estudo. Nesta investigação, o foco foi a não realização de consulta médica, e o critério de inclusão restringiu a população de estudo aos idosos com histórico de diagnóstico médico para HA e/ou DM. A literatura científica tem sido pródiga em relatos de investigações voltadas à identificação de determinantes da utilização de serviços de saúde entre idosos em geral (incluindo-se aí, a consulta médica)<sup>11,12,15</sup>. Os estudos voltados para o estudo da utilização de serviços de saúde por hipertensos e/ou diabéticos entre idosos<sup>11,12</sup> ou

Tabela 4. Resultados da análise multivariada da associação entre características predisponentes, facilitadoras e necessidade de saúde, independentemente associadas à ausência da realização de consulta médica nos últimos 12 meses por idosos hipertensos e/ou diabéticos, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Características	RP (IC95%)*	Valor p**
Sexo (ref: masculino)		
Feminino	0,64 (0,59 – 0,69)	< 0,001
Idade (ref: 60 – 64 anos)		
65 – 69	0,95 (0,85 – 1,07)	0,389
70 – 74	0,96 (0,85 – 1,09)	0,560
75 – 79	0,86 (0,74 – 0,99)	0,033
≥ 80	0,97 (0,83 – 1,13)	0,676
Macrorregião de residência (ref: Sudeste)		
Sul	1,16 (1,00 – 1,36)	0,054
Nordeste	1,19 (1,05 – 1,34)	0,007
Norte	1,30 (1,10 – 1,55)	0,003
Centro-Oeste	1,21 (1,04 – 1,41)	0,012
Cobertura por plano de saúde (ref: não)		
Sim	0,55 (0,49 – 0,63)	< 0,001
Autoavaliação da saúde (ref: muito bom/bom)		
Regular	0,72 (0,65 – 0,79)	< 0,001
Ruim/muito ruim	0,53 (0,45 – 0,63)	< 0,001
Status com relação à hipertensão e ao diabetes (ref: hipertensão apenas)		
Diabetes apenas	0,96 (0,82 – 1,12)	0,617
Hipertensão + diabetes	0,54 (0,46 – 0,62)	< 0,001
Artrite (ref: não)		
Sim	0,83 (0,74 – 0,94)	0,002
Câncer (ref: não)		
Sim	0,38 (0,23 – 0,61)	< 0,001
Doença do coração (ref: não)		
Sim	0,60 (0,53 – 0,68)	< 0,001
Depressão (ref: não)		
Sim	0,76 (0,62 – 0,92)	0,006

Continua...

Tabela 4. Continuação

Características	RP (IC95%)*	Valor p**
Doença de coluna (ref: não)		
Sim	0,77 (0,70 – 0,85)	< 0,001
Informante próximo (ref: não)		
Sim	0,86 (0,78 – 0,95)	0,002

\*Estimada por meio da regressão de Poisson e ajustada por todas as variáveis presentes na tabela, além de idade, escolaridade e área de residência (não incluídas na tabela por não apresentarem resultados significativos ao nível de  $p < 0,05$ ); \*\*obtido pelo teste de Wald.

RP: razões de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; ref: referência.

focado nas consultas médicas<sup>11,16</sup> preocupam-se mais frequentemente com marcadores do tratamento, monitoramento e controle dessas condições crônicas. Estudos com propósitos que se aproximam do nosso são escassos<sup>17</sup> e, ainda assim, diferenças metodológicas e contextuais estão presentes. Em razão disso, a discussão de nossos resultados se dará, frequentemente, à luz de estudos que investigaram a realização de consultas médicas por idosos.

Em nosso estudo, a ausência de consulta médica foi mais frequente entre os idosos hipertensos (10,5%) do que entre os idosos diabéticos (7,1%). No caso específico dos idosos hipertensos, a prevalência foi semelhante à observada em Bambuí (MG) (10,4%)<sup>18</sup>, sendo inferior, no entanto, àquelas detectadas em outras investigações brasileiras. Em um estudo de abrangência regional no Estado de São Paulo, a proporção de idosos com HA que deixou de consultar o médico regularmente chegou a 31,2% e, entre idosos com DM, alcançou 23,1%<sup>19</sup>. Já no município de Campinas (SP), esse percentual foi de 28,4%, mas, nesse caso, a população investigada foi a adulta (20 anos ou mais)<sup>20</sup>. E entre idosos com DCNT residentes em municípios das regiões Sul e Nordeste, mais da metade (54,8%) não consultou o médico regularmente<sup>11</sup>. Todavia, a comparação dos nossos resultados com esses últimos estudos mencionados deve levar em conta algumas questões que os diferenciam: população adulta<sup>20</sup> e janela de tempo utilizada no recordatório<sup>11</sup>. Os achados que evidenciam a menor frequência de realização de consulta médica entre os hipertensos em comparação aos diabéticos são consistentes com os observado na literatura<sup>19,21</sup>. Talvez os maiores riscos de complicações que envolvem o DM, em comparação à HA isolada, possam contribuir para a explicação desses achados.

No tocante às características predisponentes, a variável sexo foi a mais fortemente associada à não realização de consulta médica: os homens deixaram de fazê-lo mais frequentemente. A literatura tem consistentemente associado o sexo feminino à maior utilização de serviços de saúde<sup>15,16,21,22</sup> e nossos resultados corroboram esses achados. As explicações aventadas para isso envolvem diversas questões culturais e de saúde e, no campo desta última, é possível que isso decorra do fato de tanto a HA quanto o DM serem mais prevalentes entre as mulheres<sup>7,19,20,23</sup>. Quanto ao aspecto cultural, as mulheres têm uma percepção mais aguçada

e valorizam mais sinais e sintomas das doenças, o que decorre do conhecimento adquirido na função de cuidadora da saúde na família<sup>9</sup> e do seu papel na reprodução, tornando-as mais familiarizadas com os serviços de saúde<sup>22</sup>. Ou, talvez, como indica um estudo qualitativo, o homem perceba o cuidado da saúde como tarefa feminina e careça de serviços e ações de saúde voltadas especificamente para sua saúde<sup>24</sup>.

No presente estudo, os idosos mais velhos deixaram de consultar o médico com menor frequência, embora a associação tenha permanecido significativa e independente apenas para a faixa etária de 75 – 79 anos. Vários estudos têm mostrado que idosos com idade mais avançada consultam o médico mais frequentemente e com maior intensidade<sup>15,25</sup>. Idosos mais velhos tendem a apresentar maiores necessidades em saúde quando comparados a idosos mais jovens, pois a comorbidade aumenta com a idade<sup>15</sup>. No entanto, a associação observada para idade se manteve, independentemente da presença de outras doenças. É possível que o avanço da idade traga uma carga adicional de complicações e sequelas relacionadas à HA e ao DM<sup>6,7,9</sup> e, nesse sentido, idosos hipertensos e/ou diabéticos mais velhos demandariam mais frequentemente a consulta médica na busca da prevenção e controle desses eventos.

Vários estudos nacionais têm evidenciado uma melhora no acesso aos serviços de saúde em todas as regiões brasileiras<sup>11,26</sup>, o que, associado à ausência de diferenças na utilização de serviços de saúde por regiões geográficas, pode indicar um aumento da igualdade na oferta dos serviços de saúde<sup>26</sup>. Isso, por sua vez, é consistente com a ampliação da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) e pode refletir tanto nas mudanças ocorridas no contexto socioeconômico<sup>18,27</sup> como na política de atenção à saúde<sup>27</sup>, diminuindo as desigualdades sociais e iniquidades no acesso aos cuidados de saúde, especialmente em relação aos serviços de menor complexidade (como as consultas médicas)<sup>26-28</sup>. Nossos resultados, todavia, apontam em outra direção, na medida em que foram detectadas diferenças regionais na realização da consulta médica, menos frequente entre os idosos hipertensos e/ou diabéticos moradores das regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Essas são regiões que apresentam piores indicadores socioeconômicos (escolaridade, taxa de analfabetismo, renda e inserção social)<sup>12</sup>. Num primeiro momento, tal fato poderia suscitar a hipótese de que a desigualdade social estaria na base das diferenças regionais na realização da consulta médica, pois a renda capacita o indivíduo ao acesso e utilização de serviços de saúde<sup>29</sup>; contudo, a renda não persistiu associada à ausência de consulta médica. Assim, o mais provável é que a desigualdade regional observada para a realização da consulta médica relacione-se com questões não contempladas nesta investigação, como níveis de oferta, estrutura e organização dos serviços de saúde, além da percepção dos mesmos pelos usuários. Há indícios de comprometimento da efetividade do Programa Saúde da Família na atenção primária à saúde em alguns municípios da Região Nordeste, derivados de questões variadas, como a presença de barreiras arquitetônicas ao acesso às unidades de saúde, o excessivo tempo de espera para realização da consulta agendada, a desproporção entre o número de usuários e o total de profissionais disponíveis para atendê-los e a capacitação insuficiente destes para o cuidado da HA e do DM, resultando numa baixa utilização dos serviços<sup>12</sup>. Dados da PNAD mostram que brasileiros residentes nas regiões

Nordeste, Norte e Centro-Oeste têm apontado falhas no sistema de saúde como razão para o não atendimento de suas necessidades de saúde<sup>17</sup>.

A associação positiva entre cobertura por plano de saúde e realização de consulta médica foi identificada em outros estudos nacionais<sup>16,28</sup>, e nossos resultados corroboram esses achados. A maior utilização de serviços de saúde por quem é afiliado a plano de saúde pode constituir um mecanismo de superação de barreiras na utilização de serviços privados devido aos custos destes<sup>16</sup>, ou pode dever-se à percepção de que a rede credenciada é capaz de suprir mais prontamente as necessidades de saúde<sup>22</sup>. À luz dos achados relativos às regiões geográficas, isso é preocupante. No Brasil, apenas 26% da população é coberta por plano de saúde<sup>26,28</sup>, sendo que, entre os idosos, as regiões Sudeste e Sul concentram 80% dessa cobertura<sup>30</sup>. É possível que a ausência do plano de saúde explique parcialmente a menor frequência de consulta médica entre os residentes nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste e que isso contribua para a iniquidade no uso de serviços de saúde<sup>28</sup>. Tal fato ressalta a importância do SUS nessas regiões, no sentido de superar a desigualdade no acesso e uso de serviços de saúde.

Como era de se esperar, nossos resultados indicam que idosos em piores condições de saúde (que autoavaliaram a saúde negativamente, que sofriam de outras condições crônicas de saúde específicas, que apresentavam o DM associado à HA e com incapacidade para realização de AVD) deixaram de realizar a consulta médica no último ano menos frequentemente. Tais resultados são consistentes com diversos outros estudos nacionais<sup>21</sup> e internacionais<sup>15,25</sup>. A aparente obviedade de tais resultados não diminui sua importância, pois vale lembrar que a autoavaliação de saúde é uma preditora robusta da mortalidade<sup>31</sup> e, nesse sentido, ela permite identificar uma parcela de idosos hipertensos e/ou diabéticos que apresentam um risco adicional para evolução negativa de seus quadros clínicos, especialmente na ausência de um acompanhamento mais frequente do profissional de saúde. No que tange às condições crônicas de saúde investigadas, a opção por analisá-las distintamente, em lugar de utilizar uma medida global das mesmas (número de condições crônicas), teve o intuito de verificar se a contribuição para o evento seria diferenciada entre elas<sup>25</sup>. Dentre todas as variáveis descritoras da condição de saúde, apenas a incapacidade para realização de AVD e a insuficiência renal não permaneceram independentemente associadas à ausência de consulta médica, ao passo que câncer e depressão se destacaram pela força da associação.

A ausência de consulta médica foi significativamente menos prevalente entre os idosos que apresentaram as duas morbidades associadas (HA e DM), quando comparados aos idosos com apenas uma delas. A presença dessas doenças associadas implica em maiores riscos de complicações do quadro clínico<sup>6</sup>. Ressalte-se, ainda, que o controle da PA entre os hipertensos que apresentam DM como comorbidade é mais difícil, em razão da complexidade do quadro clínico quando da presença dessas condições de saúde associadas<sup>32</sup>. Assim, idosos hipertensos/diabéticos, cientes dos maiores riscos envolvidos no curso dessas condições sem o monitoramento médico, consultariam mais frequentemente o médico, buscando maior controle das mesmas.

Este estudo apresenta algumas limitações. A principal delas diz respeito ao fato de a pergunta utilizada para medir o evento perder em especificidade, ao não precisar o motivo da consulta médica. No estudo, a ausência de consulta médica constitui um marcador de risco do curso de HA e DM sem o necessário acompanhamento médico. No caso de a consulta médica ter sido motivada por outra questão de saúde que não HA e/ou DM, é possível que o monitoramento dessas doenças não tenha ocorrido, potencializando a ocorrência de falso-negativos para o evento e levando a uma subestimativa da sua prevalência. Todavia, é razoável supor que toda consulta médica, independentemente de sua motivação, constitui oportunidade para uma avaliação do quadro geral de saúde do paciente, na qual a presença dessas doenças pode ser detectada e, conseqüentemente, monitorada. Isso minimizaria a possível ocorrência de viés de informação, em conseqüência do baixo poder discriminatório da pergunta.

Outra limitação diz respeito ao critério utilizado para seleção da população de estudo, que foi baseada na referência à condição de hipertenso e/ou diabético pelo entrevistado, a partir de histórico de diagnóstico médico, e não em medidas clínicas, como a de PA e dos valores glicêmicos, associados ao relato de uso de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes. No entanto, esse procedimento tem sido consagrado em grandes inquéritos populacionais de saúde em outros países<sup>32</sup> e no Brasil<sup>23</sup>, e essa medida tem se mostrado válida para identificar a presença de condições crônicas de saúde<sup>33</sup>.

Faz-se necessário ainda mencionar a elevada proporção de informantes próximos (outro morador do domicílio ou vizinho) no presente estudo (28,1%). No caso da PNAD, o uso do informante próximo ocorre não só em situações nas quais o selecionado encontra-se incapacitado para responder o questionário por causa de problema de saúde, mas também quando ele não é encontrado no domicílio. No presente estudo, a informação do próximo foi considerada na análise dos dados como uma variável de confusão *a priori*, não tendo sido responsável por significativas alterações de resultados, exceto pela diluição da força nas associações detectadas. Caso alguma tendenciosidade tenha ocorrido em função dessas informações, ela não foi diferencial.

Este estudo apresenta as vantagens típicas de todos os estudos epidemiológicos que utilizaram dados da PNAD e que advêm dos procedimentos metodológicos da coleta de dados do Suplemento de Saúde, que é o maior inquérito populacional de saúde realizado no Brasil. O delineamento amostral permitiu a seleção de uma população de estudo que abrange todo o território nacional e é representativa da população brasileira. Acrescente-se a isso o tamanho da amostra, que potencializa as análises estatísticas e constitui uma vantagem adicional quando se aborda o segmento idoso da população, que é pequeno, mas bastante heterogêneo. A abrangência das variáveis consideradas no questionário fornece a possibilidade de um estudo mais rico, especialmente quando se reveste de um caráter exploratório, como o que se pretendeu na presente investigação. Ao nosso conhecimento, trata-se do primeiro estudo de abrangência nacional que investigou esse tema em uma população idosa, que se diferencia por ser hipertensa e/ou diabética.

## CONCLUSÃO

Em resumo, os resultados do presente estudo corroboraram associações clássicas entre características predisponentes, facilitadoras e de necessidade e o uso de serviços de saúde — aqui analisados com base na consulta médica —, evidenciadas em estudos tanto internacionais quanto nacionais. Chama a atenção, todavia, a possibilidade de desigualdade e iniquidade no acesso à consulta médica, a partir das associações verificadas para regiões geográficas e para cobertura por plano de saúde. Tais resultados sinalizam o desafio colocado para o planejamento e gestão da atenção à saúde do Brasil, no sentido de aprimorar a vigilância dos portadores dessas doenças crônicas e estabelecer linhas de cuidado que contemplem sua vinculação aos serviços de saúde e o acesso à terapêutica adequada. Cabe salientar ainda que, dado o caráter nacional desta investigação, novos estudos se fazem necessários para verificar se essa situação se reproduz em diferentes contextos geográficos de menor abrangência, como os regionais e municipais, especialmente se levarmos em conta o cunho descentralizador que deve nortear o planejamento e a oferta dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 725-33.
2. Lima-Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimaraes RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf Epidemiol SUS* 2000; 9(1): 23-41.
3. World Health Organization. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 suppl 1):1-51.
5. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2010; 33(suppl 1) : S62-S9.
6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2011. *Diabetes Care* 2011; 34(suppl 1) : 11-61.
7. Grillo MFF, Gorini MIPC. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(1): 49-54.
8. Barr ELM, Zimmet PA, Welbon TA, Jolley D, Magliano DJ, Dunstan DW, et al. Risk of cardiovascular and all-cause mortality in individuals with diabetes mellitus, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance: The Australian Diabetes, Obesity, and Lifestyle Study (AusDiab). *Circulation* 2007; 116(2): 151-7.
9. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e este 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.
10. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 363-72.
11. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(4): 604-12.
12. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 657-67.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008*. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.



14. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51(1): 95-124.
15. Al Sniñ S, Markides KS, Ray LA, Freeman JL, Ostir GV, Goddwin JS. Predictors of healthcare utilization among older Mexican Americans. *Ethn Dis* 2006; 16(3): 640-6.
16. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3781-93.
17. Osório RG, Servo LMS, Piola SF. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3741-54.
18. Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2): 512-21.
19. Bersusa AAS, Pascalicchio AE, Pessoto UC, Escuder MML. Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(3): 513-22.
20. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(2): 285-94.
21. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(3): 436-43.
22. 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.
23. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffman JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 2): 74-82.
24. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(3): 565-74.
25. 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* 2004; 5: 17.
26. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 1011-22.
27. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet (Série Brasil)* 2011; 11-31. Disponível em <http://download.thelancet.com/flatcontentassets> (Acessado em 09 de maio de 12).
28. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *International Journal for Equity in Health* 2012; 11: 33. Disponível em <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/33> (Acessado em 21 de dezembro de 2012).
29. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1): 113-20.
30. Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kurschnir R, Mendes W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(3): 497-502.
31. Lima-Costa MF, Cesar CC, Chor D, Proietti FA. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10 year follow-up of The Bambuí Cohort Study of Aging. *Am J Epidemiol* 2012; 175(3): 228-35.
32. Yoon PW, Gillespie CD, George MG, Wall HK. Control of hypertension among adults - National Health and Nutrition Examination Survey, United States, 2005-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012; 61(suppl) : 19-25.
33. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5): 637-42.

Recebido em: 12/03/2014

Versão final apresentada em: 10/10/2014

Aceito em: 29/12/2014