

Diferenças sexo-específicas na prevalência e nos fatores associados à procura por serviços de saúde em estudo epidemiológico de base populacional

Sex-specific differences in prevalence and in the factors associated to the search for health services in a population based epidemiological study

Suzana Alves de Moraes^I, Daniele Almeida Lopes^{II}, Isabel Cristina Martins de Freitas^I

RESUMO: *Objetivo:* Identificar a prevalência da utilização de serviços de saúde e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, São Paulo, em 2007. *Métodos:* Estudo epidemiológico transversal de base populacional, com amostragem desenvolvida em três estágios. A variabilidade introduzida na terceira fração foi corrigida pela atribuição de pesos, originando amostra ponderada de 2.471 participantes. As prevalências do desfecho foram estimadas segundo variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde. Para identificar fatores associados foi utilizada a regressão de Poisson, obtendo-se razões de prevalências brutas e ajustadas. Todas as estimativas foram calculadas levando-se em consideração o efeito de desenho amostral. *Resultados:* A prevalência do desfecho aumentou com a idade, sendo maior no sexo feminino. Diferentes variáveis permaneceram nos modelos finais, após estratificação por sexo. Entre os homens, renda mensal > R\$ 1.400,00, escores > 823,6 para o Indicador Econômico de Ribeirão Preto (IERP) e média diária de tempo sentado (154,4 – 240 min/dia) se constituíram em fatores de proteção, enquanto que aumento da idade e da escolaridade, internação hospitalar, diabetes e hipertensão em fatores de risco para a utilização de serviços. Entre as mulheres, saúde autorreferida como regular, internação hospitalar, diabetes e hipertensão se configuraram como fatores associados positivamente ao desfecho em questão. *Conclusões:* Os resultados indicam a necessidade de planejamento de ações que visem maior captação de pessoas do sexo masculino, bem como de reavaliação de programas de detecção e controle do diabetes e da hipertensão, com vistas à prevenção primária de eventos cardiovasculares terminais.

Palavras-chave: Serviços de saúde. Fatores de risco. Estudos transversais. Epidemiologia. Saúde pública.

^INúcleo de Epidemiologia, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

^{II}Núcleo de Epidemiologia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Autor correspondente: Suzana Alves de Moraes. Avenida Santa Luzia, 440, apartamento 81, CEP: 14025-090, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: samoraes@usp.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP, processos nº 2006/50495-2 e nº 2012/51141-0) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

ABSTRACT: *Objectives:* To identify the access to health care services and associated factors in adults living in the city of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, in 2007. *Methods:* A cross-sectional population-based epidemiological study with a sample developed in three stages. The variability introduced in the third sampling fraction was corrected by the attribution of weights, resulting in a sample of 2,471 participants. The outcome prevalence was estimated according to socio-demographic, behavioral and health-related variables. In order to identify associated factors, the regression of Poisson was used, obtaining raw and adjusted prevalence ratios. All estimates were calculated taking into account the effect of the sampling design. *Results:* The outcome prevalence increased according to the age, being higher in female individuals. A different set of variables remained in the final models, considering each gender separately. Among men, the monthly income > R\$ 1,400.00; scores > 823.6 to the Economic Indicator of Ribeirão Preto (IERP) and daily average of sitting down time (154.4 – 240 min/day) constituted themselves into protective factors, whereas the increase of age and scholarship, hospitalization, diabetes and hypertension constituted risk factors for the use of the services. Among women, health self-reported as regular, hospitalization, diabetes and hypertension characterized factors positively associated to the outcome at matter. *Conclusions:* The results indicate the need for planning actions aimed at capturing male individuals, as well as the reevaluation of detection and control of diabetes and hypertension programs, aimed at the primary prevention of terminal cardiovascular events.

Keywords: Health Services. Correlates. Cross-sectional studies. Epidemiology. Public health.

INTRODUÇÃO

A transição demográfico-epidemiológica engloba complexas mudanças nos padrões de morbimortalidade, decorrentes de modificações da estrutura etária, ao longo do tempo¹. Importantes consequências da transição demográfico-epidemiológica são o envelhecimento da população e a substituição gradual das doenças infectocontagiosas pelas crônico-degenerativas, sendo essas as principais causas de morbidade e mortalidade².

Essa mudança no perfil epidemiológico tem acarretado elevado custo com tratamentos médico-hospitalares, tendo em vista a maior demanda por serviços ambulatoriais de saúde e internações que, em conjunto, impõem a necessidade de implantação de novos modelos para o enfrentamento do problema³.

O conceito de acesso a serviços de saúde é complexo e está relacionado à disponibilidade dos serviços e à sua adequada cobertura. Envolve a percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em procura e utilização dos serviços, sendo o acesso, portanto, decorrente da possibilidade de utilização dos serviços de saúde, sempre que necessário⁴⁻⁶.

Os fatores que predisõem à utilização dos serviços de saúde são resultantes de um conjunto de determinantes que incluem doenças crônicas, incapacidades, fatores sociodemográficos, comportamentais e relacionados à saúde. A capacidade de consumo de serviços é também

influenciada pela cobertura securitária pública ou privada, pelo tipo de oferta de serviços e pelo perfil de necessidades individuais^{6,7}.

Resultados de diferentes estudos epidemiológicos com delineamento transversal conduzidos no Brasil⁸⁻¹⁰ revelaram que fatores sociodemográficos (sexo, idade e renda), fatores comportamentais (hábito de fumar) e relacionados à saúde (saúde autorreferida, internação no último ano e diabetes mellitus) estiveram associados com o acesso a serviços, embora as medidas de associação tenham apresentado diferentes sentidos ou magnitudes, ao se proceder à estratificação por sexo.

Tendo em vista a relevância epidemiológica inerente ao conhecimento do perfil de usuários de serviços de saúde em Ribeirão Preto, São Paulo, o presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência da utilização desses serviços segundo variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde, procurando-se identificar o elenco de fatores independentemente associados ao desfecho de interesse.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO DO ESTUDO E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

O estudo apresenta delineamento transversal, sendo parte integrante do Projeto EPIDCV (Prevalência de doenças cardiovasculares e identificação de fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP), estudo epidemiológico de base populacional cuja coleta de dados foi conduzida no município, no período 2007/2008.

O processo de amostragem foi desenvolvido em três estágios, e a precisão das estimativas, calculada em amostra de 1.205 indivíduos, correspondeu a erros de amostragem fixados em torno de 2% (para prevalências abaixo de 15% ou acima de 75%) e em torno de 3% (para prevalências entre 20 e 80%). No primeiro estágio 81 setores censitários foram sorteados, e na sequência, 1.672 domicílios e 1.395 participantes, correspondendo esses últimos, respectivamente, ao 2º e 3º estágios de amostragem. A taxa de resposta foi 82,1%, o que correspondeu a 1.133 adultos participantes. A variabilidade introduzida, principalmente na terceira fração de amostragem, foi corrigida por meio do cálculo de pesos amostrais que levaram em consideração o “número de unidades elegíveis de cada domicílio” e as taxas de “não resposta”, em cada setor censitário. Ao todo, 1.133 participantes de ambos os sexos foram entrevistados. As perdas (18,8%) foram decorrentes de mudança de endereço (4,8%); óbitos (0,5%) e recusas (13,5%), essas últimas consideradas como tal após 5 tentativas de contato para a entrevista em dias e períodos alternados. As estimativas populacionais estiveram baseadas no Censo 2000¹¹. O estudo foi desenvolvido em amostra ponderada (n_w) de 2.471 participantes¹². A amostra do Projeto EPIDCV caracteriza-se como amostra complexa (múltiplos estágios de sorteio) e, por esta razão, as análises devem levar em consideração o efeito de desenho amostral. Por conseguinte, pesos amostrais (*probability weights*) foram calculados *a posteriori* para a recomposição do total de elegíveis e correção da taxa de não resposta em cada setor censitário da amostra.

O primeiro peso amostral (w_1) correspondeu ao inverso da probabilidade de ser sorteado, entre os elegíveis:

$$w_1 = \frac{1}{\frac{n^\circ \text{ sorteados}}{n^\circ \text{ elegíveis}}} \quad \therefore \quad w_1 = \frac{n^\circ \text{ elegíveis}}{n^\circ \text{ sorteados}}$$

O segundo peso amostral (w_2) correspondeu ao inverso da probabilidade de ser entrevistado, entre os sorteados:

$$w_2 = \frac{1}{\frac{n^\circ \text{ entrevistados}}{n^\circ \text{ sorteados}}} \quad \therefore \quad w_2 = \frac{n^\circ \text{ sorteados}}{n^\circ \text{ entrevistados}}$$

O peso amostral final correspondeu ao produto $w_1 \times w_2$, originando a fração w_{12} necessária para a recomposição do total de elegíveis, em cada domicílio, e para a correção da taxa de não resposta em cada setor censitário. Após a ponderação, obteve-se amostra de 2.471 participantes (n_w) que se constituiu na população efetivamente estudada.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Variável dependente: *Utilização de Serviços de Saúde*. Esta variável foi gerada de forma dicotômica (não/sim) a partir das informações dos participantes do estudo sobre a utilização de serviços ambulatoriais de saúde, nos seis meses que antecederam as entrevistas.
- Variáveis independentes: *Variáveis sociodemográficas*: incluíram-se os participantes de ambos os sexos e com 30 anos ou mais. A *escolaridade* foi classificada segundo o número de anos completos de escolaridade formal. A partir de informações sobre a *renda individual* nos últimos 30 dias, os participantes foram classificados segundo os pontos de corte correspondentes aos tercis de renda. O *Indicador Econômico de Ribeirão Preto (IERP)*¹³ foi construído a partir de informações combinadas das variáveis aquisição de bens de consumo e escolaridade do chefe da família, para as quais foram atribuídos pesos, conforme recomendações de Barros e Victora¹⁴. A somatória dos pesos gerou uma pontuação para cada participante, sendo essa variável classificada segundo os pontos de corte correspondentes aos respectivos quintis da distribuição. Detalhes sobre os procedimentos para a formatação desta variável podem ser encontrados em Freitas e Moraes¹³. O *estado marital* foi definido segundo a presença de companheiro(a), independentemente de união formal. Os participantes foram também classificados em duas categorias (não/sim) segundo sua inserção no mercado de trabalho formal (trabalho remunerado no último mês que antecedeu a entrevista).
- Variáveis comportamentais e relacionadas à saúde: o *hábito de fumar* foi classificado em três categorias (nunca fumante, ex-fumante e fumante). A “*adição ao álcool*” foi classificada com base nos escores obtidos no questionário *Alcohol Use Disorder Identification*

*Test (AUDIT)*¹⁵, validado para uso no Brasil por Lima et al.¹⁶, considerando-se o ponto de corte “8” como referência para a classificação de dependência. O *padrão de atividade física* (PAF) e a *média diária de tempo sentado* (comportamento sedentário) foram obtidos a partir do *International Physical Activities Questionnaire (IPAQ)* (versão curta)¹⁷, validado no Brasil por Matsudo et al.¹⁸. Informações sobre saúde autorreferida e sobre o seu estado de saúde quando comparado ao de amigos e familiares foram obtidas. O número de doenças (morbidade referida) foi classificado em três categorias (“1-2”, “3-4” e “5 e mais”). A *hipertensão arterial sistêmica* (HAS) foi definida segundo história da condição referida pelo médico, ou média de três medidas consecutivas da pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg para as medidas de pressão sistólica e diastólica, respectivamente, ou uso regular de medicação anti-hipertensiva¹⁹. As medidas foram aferidas em esfigmomanômetros portáteis da marca Geratherm (Geratherm Medical AG, Geschwenda, Alemanha), sendo essa variável classificada de forma dicotômica “não/sim”. O *diabetes mellitus* foi também classificado de forma dicotômica “não/sim”, segundo o histórico médico (diabetes previamente diagnosticado), e os que desconheciam a condição foram submetidos ao teste oral de tolerância à glicose (TOTG). As glicemias (mg/dL) foram aferidas em sangue capilar pelo método de colorimetria por reflectância, por meio de aparelhos portáteis da marca Accutrend (Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Alemanha), em dois momentos: após jejum de 12 horas e 2 horas após a ingestão de solução padrão contendo 75 gramas de glicose pura. Os pontos de corte para diagnóstico seguiram as recomendações da Organização Mundial de Saúde para dosagens glicêmicas em sangue capilar²⁰. Os participantes também foram questionados sobre o histórico de internação hospitalar nos dois anos que antecederam a entrevista, sendo esta variável classificada em duas categorias: “não/sim”.

PROCESSAMENTO DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de entrevistas estruturadas, aplicadas no domicílio dos elegíveis por equipe de entrevistadores previamente treinada e com experiência em trabalho de campo de estudos epidemiológicos. Antes da digitação definitiva, que foi desenvolvida a partir de dupla entrada de dados, o controle de qualidade das informações foi avaliado por meio da replicação de 12,5% do total de entrevistas. Como medida de reprodutibilidade para as variáveis incluídas na replicação, foi utilizada a estatística Kappa²¹, alcançando os respectivos coeficientes, valores superiores a 0,80.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na fase descritiva as prevalências de acesso a serviços de saúde foram estimadas por pontos e por intervalos de confiança de 95% (IC95%) segundo variáveis sociodemográficas, variáveis

comportamentais e relacionadas à saúde. Nesta fase, associações globais foram definidas a partir dos respectivos valores da estatística “F” adotando-se nível de significância $\alpha = 0,05$ ²². Na fase analítica foi utilizada a regressão de Poisson²³ para obtenção das razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas, que foram estimadas por pontos e por IC95%. Os modelos finais foram compostos pelo elenco de variáveis que, após ajustamento simultâneo, apresentaram valores $p < 0,05$. Todas as análises foram desenvolvidas no *software* Stata versão 10.1 para Windows. O cálculo de todas as estimativas levou em consideração o efeito de desenho amostral (*deff*) utilizando-se, para tanto, comandos específicos do Stata. Todas as estimativas foram estratificadas por sexo.

O Projeto EPIDCV foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo e protocolado sob o nº 0725 / 2006. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Em relação às características da amostra (Tabela 1), a mediana de idade para os homens foi 45,69 anos e para as mulheres 47,97 anos. Quanto à escolaridade, 57,86% dos homens e 54,23% das mulheres apresentaram nível de escolaridade formal ≥ 08 anos. Entre os homens, a maior parte (66,31%) possuía renda \geq R\$ 700,00, enquanto que, entre as mulheres, apenas 27,92% pertenciam a esse estrato. Esse diferencial de nível socioeconômico em relação ao sexo pode ser detectado também para o IERP, observando-se a partir do 4º quinto deste indicador, maior concentração de homens e diluição da proporção de mulheres, fato também observado para *condição de trabalho*, com 82% dos homens e 54% das mulheres informando trabalho remunerado no mês anterior. O efeito de desenho amostral do estudo (*deff*) foi equivalente a 1,01581.

Em relação aos fatores sociodemográficos (Tabela 2) observa-se que a prevalência de utilização de serviços de saúde foi maior entre as mulheres, em todas as faixas etárias, e entre os homens, apresentou relação direta com a idade e indicação de gradiente linear. Em ambos os sexos, as respectivas prevalências declinaram com a escolaridade, principalmente entre os homens, o mesmo ocorrendo em relação ao IERP. Entre os que possuíam trabalho remunerado (*condição de trabalho*), as respectivas prevalências foram 44,39% no sexo masculino e 71,97% no feminino. As variáveis idade, renda, IERP e *condição de trabalho* apresentaram associação global com o desfecho apenas para o sexo masculino ($p < 0,05$).

Em relação aos fatores comportamentais e relacionados à saúde, observa-se na Tabela 3 que em ambos os sexos as prevalências de utilização de serviços de saúde foram maiores entre os ex-fumantes, insuficientemente ativos, saúde autorreferida como ruim ou péssima, estado de saúde comparado aos amigos e à família (melhor que o seu), morbidade referida (nº de doenças referidas ≥ 5), hipertensão arterial, diabetes mellitus e histórico de internação hospitalar nos últimos 2 anos. No sexo masculino, as variáveis: média diária

Tabela 1. Características da população do estudo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007. Projeto EPIDCV.

	Masculino (n _w = 995,7)			Feminino (n _w = 1475,0)		
	%	Mediana	IC95%	%	Mediana	IC95%
Faixa etária (em anos)		45,69	43,95 – 47,24		47,97	46,73 – 49,30
30 – 39	34,03		29,20 – 38,86	21,85		18,04 – 25,66
40 – 49	27,78		23,48 – 32,07	33,15		29,58 – 36,72
50 – 59	18,79		15,60 – 21,99	21,70		18,24 – 25,16
60 e mais	19,39		15,33 – 23,44	23,28		19,78 – 26,78
Escolaridade (em anos)						
0 – 3	11,86		08,20 – 15,51	15,53		12,31 – 18,75
4 – 7	30,27		25,18 – 35,36	30,22		26,04 – 34,41
8 e mais	57,86		51,30 – 64,42	54,23		48,97 – 59,50
Renda individual (em R\$)		1200,00	1000,00 – 1300,00		628,00	596,00 – 669,00
Sem renda	17,12		13,26 – 20,98	45,98		42,51 – 49,45
1º terço (50,00 – 700,00)	16,56		12,49 – 20,63	26,08		22,58 – 29,57
2º terço (700,00 – 1.400,00)	29,96		24,92 – 34,99	14,07		11,36 – 16,78
3º terço (> 1.400,00)	36,35		30,13 – 42,57	13,85		10,77 – 16,94
Indicador econômico de Ribeirão Preto (IERP)		628	596 – 669		597	576 – 625
1º quinto (≤ 413,2)	16,94		12,32 – 21,55	20,51		16,83 – 24,19
2º quinto (413,3 – 544)	18,95		14,84 – 23,05	19,72		16,27 – 23,18
3º quinto (544,1 – 684)	17,28		13,48 – 21,09	20,02		17,07 – 22,97
4º quinto (684,1 – 823,6)	22,74		18,80 – 26,68	17,79		14,36 – 21,23
5º quinto (> 823,6)	24,06		17,36 – 30,77	21,93		16,47 – 27,39
Estado marital						
Sem companheiro(a)	25,85		21,31 – 30,38	38,46		34,27 – 42,64
Com companheiro(a)	74,14		69,61 – 78,68	61,53		57,35 – 65,72
Condição trabalho						
Não	17,53		13,73 – 21,32	45,63		42,13 – 49,13
Sim	82,46		78,67 – 86,26	54,36		50,86 – 57,86

n_w: amostra ponderada.

Tabela 2. Prevalência de utilização de serviços de saúde, com respectivos intervalos de confiança de 95%, segundo sexo e fatores sociodemográficos. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007. Projeto EPIDCV.

	Masculino (n _w = 995,7)		Feminino (n _w = 1475,0)	
	Acesso		Acesso	
	Não % (IC95%)	Sim % (IC95%)	Não % (IC95%)	Sim % (IC95%)
Faixas etárias (anos)*				
30 – 39	61,23 (52,78 – 69,04)	38,77 (30,96 – 47,22)	27,33 (18,57 – 38,27)	72,67 (61,73 – 81,43)
40 – 49	51,05 (41,08 – 60,94)	48,95 (39,06 – 58,92)	31,16 (24,37 – 38,87)	68,84 (61,13 – 75,63)
50 – 59	45,49 (32,03 – 59,64)	54,51 (40,36 – 67,97)	18,90 (12,16 – 28,17)	81,10 (71,83 – 87,84)
60 e mais	31,38 (21,55 – 43,22)	68,62 (56,78 – 78,45)	20,50 (13,58 – 29,73)	79,50 (70,27 – 86,42)
Escolaridade (anos)				
0 – 3	48,47 (35,26 – 61,89)	51,53 (38,11 – 64,74)	17,69 (11,10 – 27,00)	82,31 (73,00 – 88,90)
4 – 7	43,50 (35,47 – 51,87)	56,50 (48,13 – 64,53)	24,73 (18,74 – 31,89)	75,27 (68,11 – 81,26)
8 e mais	55,25 (47,16 – 63,07)	44,75 (36,93 – 52,84)	28,42 (21,61 – 36,38)	71,58 (63,62 – 78,39)
Renda individual, em tercis (R\$)*				
Sem renda	23,75 (15,12 – 35,25)	76,25 (64,75 – 84,88)	22,30 (16,80 – 28,97)	77,77 (71,03 – 83,20)
1º terço (50,00 – 700,00)	45,11 (35,88 – 54,68)	54,89 (45,32 – 64,12)	25,90 (19,03 – 34,19)	74,10 (65,81 – 80,97)
2º terço (700,00 – 1.400,00)	48,98 (39,93 – 58,10)	51,02 (41,90 – 60,07)	33,54 (23,21 – 45,74)	66,46 (54,26 – 76,79)
3º terço (> 1.400,00)	69,98 (60,15 – 78,26)	30,02 (21,74 – 39,85)	27,35 (15,63 – 43,34)	72,65 (56,66 – 84,37)
Indicador econômico de Ribeirão Preto, em quintis*				
1º quinto (≤ 413,2)	40,33 (30,34 – 51,19)	59,67 (48,81 – 69,66)	22,08 (15,62 – 30,25)	77,92 (69,75 – 84,38)
2º quinto (413,3 – 544)	41,45 (31,26 – 52,42)	58,55 (47,58 – 68,74)	19,18 (12,00 – 29,23)	80,82 (70,77 – 88,00)
3º quinto (544,1 – 684)	42,26 (31,56 – 53,75)	57,74 (46,25 – 68,44)	24,18 (16,82 – 33,48)	75,82 (66,52 – 83,18)
4º quinto (684,1 – 823,6)	55,45 (42,51–67,69)	44,55 (32,31 – 57,49)	26,79 (18,41 – 37,26)	73,21 (62,74 – 81,59)
5º quinto (> 823,6)	76,58 (62,63 – 86,45)	23,42 (13,55 – 37,37)	37,03 (23,88 – 52,43)	62,97 (47,57 – 76,12)

Continua...

Tabela 2. Continuação.

	Masculino (n _w = 995,7)		Feminino (n _w = 1475,0)	
	Acesso		Acesso	
	Não % (IC95%)	Sim % (IC95%)	Não % (IC95%)	Sim % (IC95%)
Estado marital				
Sem companheiro (a)	42,94 (32,75 – 53,76)	57,06 (46,24 – 67,25)	28,75 (22,79 – 35,55)	71,25 (64,45 – 77,21)
Com companheiro (a)	52,54 (46,42 – 58,58)	47,46 (41,42 – 53,58)	22,85 (17,81 – 28,83)	77,15 (71,17 – 82,19)
Condição de trabalho*				
Não	24,50 (15,80 – 35,93)	75,50 (64,07 – 84,20)	22,29 (16,78 – 28,98)	77,71 (71,02 – 83,22)
Sim	55,61 (49,81 – 61,26)	44,39 (38,74 – 50,19)	28,03 (22,32 – 34,56)	71,97 (65,44 – 77,68)

*p < 0,05 para a estatística F – sexo masculino; n_w: amostra ponderada.

de tempo sentado (min/dia), saúde autorreferida, estado de saúde comparado aos amigos e à família, morbidade referida, hipertensão arterial e histórico de internação nos últimos dois anos apresentaram associação global com o desfecho (p < 0,05). No feminino, associações globais estatisticamente significantes foram detectadas para as variáveis: saúde autorreferida, estado de saúde comparado à família, morbidade referida, hipertensão arterial, diabetes mellitus e histórico de internação nos últimos dois anos.

Nas Tabelas 4 e 5 apresentam-se, respectivamente, razões de prevalências brutas e ajustadas para o sexo masculino e feminino. No sexo masculino (Tabela 4), após o ajustamento simultâneo, as variáveis: faixas etárias, escolaridade, renda, IERP, média diária de tempo sentado, diabetes mellitus e histórico de internação nos últimos dois anos apresentaram efeito independente em relação ao desfecho; e as razões de prevalência para escolaridade, renda e IERP apresentaram tendência linear estatisticamente significativa (p < 0,05). As RP para a escolaridade apresentaram relação direta com o desfecho e relação inversa para a renda individual e o IERP. No segundo quarto de tempo sentado (154,4 – 240 min/dia) as RP indicaram efeito de proteção, em relação ao desfecho. As RP para hipertensão arterial, diabetes e internação hospitalar foram, respectivamente, 24, 34 e 60% mais elevadas do que as respectivas categorias de referência.

No sexo feminino (Tabela 5), permaneceram nos modelos finais as seguintes variáveis: saúde autorreferida, hipertensão arterial, diabetes e histórico de internação hospitalar nos últimos dois anos. Entre as mulheres, as RP para diabetes, hipertensão arterial e histórico de internação hospitalar foram, respectivamente, 11, 21 e 17% mais elevadas do que as respectivas categorias de referência.

Tabela 3. Prevalência de utilização de serviços de saúde, com respectivos intervalos de 95%, segundo sexo, fatores comportamentais e de saúde. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007. Projeto EPIDCV.

	Masculino (n _w = 995,7)		Feminino (n _w = 1475,0)	
	Acesso		Acesso	
	Não % (IC95%)	Sim % (IC95%)	Não % (IC95%)	Sim % (IC95%)
Hábito de fumar				
Nunca fumou	54,12 (45,28 – 62,71)	45,88 (37,29 – 54,72)	26,08 (20,51 – 32,54)	73,92 (67,46 – 79,49)
Fumante	54,42 (44,00 – 64,46)	45,58 (35,54 – 56,00)	28,62 (20,57 – 38,30)	71,38 (61,70 – 79,43)
Ex-fumante	40,00 (31,46 – 49,19)	60,00 (50,81 – 68,54)	19,16 (13,07 – 27,19)	80,84 (72,81 – 86,93)
Consumo de álcool				
Sem dependência (0 – 7)	50,25 (43,51 – 56,98)	49,75 (43,02 – 56,49)	25,37 (20,94 – 30,38)	74,63 (69,62 – 79,06)
Com dependência (8 – 40)	49,08 (40,74 – 57,47)	50,92 (42,53 – 59,26)	25,55 (14,94 – 40,15)	74,45 (59,85 – 85,06)
Padrão de atividade física				
Insuficientemente ativo	31,51 (15,06 – 54,41)	68,49 (45,59 – 84,94)	13,56 (34,00 – 41,14)	86,44 (58,86 – 96,60)
Ativo	50,12 (40,17 – 60,05)	49,88 (39,95 – 59,83)	26,18 (17,98 – 36,45)	73,82 (63,55 – 82,02)
Muito ativo	50,87 (43,76 – 57,95)	49,13 (42,05 – 56,24)	25,46 (20,78 – 30,79)	74,54 (69,21 – 79,22)
Média diária de tempo sentado na semana (min/dia)*				
1º quarto (15 – 154,3)	43,10 (32,96 – 53,84)	56,90 (46,16 – 67,04)	24,91 (17,48 – 34,20)	75,09 (65,80 – 82,52)
2º quarto (154,4 – 240)	59,44 (50,31 – 67,97)	40,56 (32,03 – 49,69)	26,39 (19,97 – 34,01)	73,61 (65,99 – 80,03)
3º quarto (240,1 – 360)	53,89 (41,43 – 65,88)	46,11 (34,12 – 58,57)	23,22 (14,80 – 34,51)	76,78 (65,49 – 85,20)
4º quarto (> 360)	41,67 (31,86 – 52,18)	58,33 (47,82 – 68,14)	26,11 (19,66 – 33,79)	73,89 (66,21 – 80,34)
Saúde auto-referida**				
Excelente/Bom	53,43 (47,21 – 59,53)	46,57 (40,47 – 52,79)	31,40 (25,30 – 38,22)	68,60 (61,78 – 74,70)
Regular	44,35 (34,38 – 54,80)	55,65 (45,20 – 65,62)	17,08 (12,45 – 22,98)	82,92 (77,02 – 87,55)
Ruim/Péssimo	13,37 (01,71 – 57,72)	86,63 (42,28 – 98,29)	12,52 (04,62 – 29,72)	87,48 (70,28 – 95,38)

Continua...

Tabela 3. Continuação.

	Masculino (n _w = 995,7)		Feminino (n _w = 1475,0)	
	Acesso		Acesso	
	Não % (IC95%)	Sim % (IC95%)	Não % (IC95%)	Sim % (IC95%)
Estado de saúde comparado aos amigos*				
Igual	53,27 (46,05 – 60,36)	46,73 (39,64 – 53,95)	27,79 (21,58 – 34,99)	72,21 (65,01 – 78,42)
Pior	51,39 (41,88 – 60,79)	48,61 (39,21 – 58,12)	26,65 (20,80 – 33,44)	73,35 (66,56 – 79,20)
Melhor	22,66 (11,64 – 39,46)	77,34 (60,54 – 88,36)	15,11 (08,87 – 24,56)	84,89 (75,44 – 91,13)
Estado de saúde comparado à família*†				
Igual	56,83 (50,27 – 63,17)	43,17 (36,83 – 49,73)	29,95 (23,36 – 37,50)	70,05 (62,50 – 76,64)
Pior	41,75 (28,60 – 56,19)	58,25 (43,81 – 71,40)	31,72 (24,07 – 40,49)	68,28 (59,51 – 75,93)
Melhor	40,94 (31,37 – 51,24)	59,06 (48,76 – 68,63)	16,71 (11,57 – 23,52)	83,29 (76,48 – 88,43)
Número de morbidades referidas*†				
Nenhuma	58,25 (48,57 – 67,33)	41,75 (32,67 – 51,43)	39,21 (28,05 – 51,62)	60,79 (48,38 – 71,95)
1 – 2	53,35 (45,40 – 61,14)	46,65 (38,86 – 54,60)	30,90 (23,41 – 39,55)	69,10 (60,45 – 76,59)
3 – 4	42,29 (31,53 – 53,83)	57,71 (46,17 – 68,47)	20,72 (15,32 – 27,40)	79,28 (72,60 – 84,68)
5 e mais	10,75 (03,16 – 30,74)	89,25 (69,26 – 96,84)	13,59 (07,19 – 24,19)	86,41 (75,81 – 92,81)
Hipertensão*†				
Não	56,39 (50,25 – 62,34)	43,61 (37,66 – 49,75)	30,63 (25,23 – 36,62)	69,37 (63,38 – 74,77)
Sim	36,15 (27,39 – 45,93)	63,85 (54,07 – 72,61)	19,42 (14,32 – 25,79)	80,58 (74,21 – 85,68)
Diabetes†				
Não	54,82 (48,89 – 60,62)	45,18 (39,38 – 51,11)	29,86 (25,00 – 35,22)	70,14 (64,78 – 75,00)
Sim	40,88 (28,49 – 54,55)	59,12 (45,45 – 71,51)	08,39 (04,28 – 15,79)	91,61 (84,21 – 95,72)
Internação nos últimos 2 anos*†				
Não	55,95 (49,87 – 61,85)	44,05 (38,15 – 50,13)	27,75 (23,22 – 32,78)	72,25 (67,22 – 76,78)
Sim	17,36 (08,95 – 30,98)	82,64 (69,02 – 91,05)	13,08 (07,26 – 22,41)	86,92 (77,59 – 92,74)

*p < 0,05 para a estatística F – sexo masculino; †p < 0,05 para a estatística F – sexo feminino; n_w: amostra ponderada.

Tabela 4. Razões de prevalência brutas e ajustadas, com respectivos intervalos de confiança de 95%, em participantes do sexo masculino. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007. Projeto EPIDCV.

	RP bruta	IC95%	RP ajustada	IC95%
Faixas etárias (anos)				
30 – 39	1	-	1	-
40 – 49	1,26	0,94 – 1,70	1,52	1,15 – 2,00
50 – 59	1,41	1,02 – 1,95	1,50	1,01 – 2,25
60 e mais	1,77	1,35 – 2,33	1,53	1,05 – 2,24
Escolaridade (anos)				
0 – 3	1	-	1*	-
4 – 7	1,10	0,81 – 1,48	1,32	1,02 – 1,71
8 e mais	0,87	0,62 – 1,21	1,48	1,10 – 1,99
Renda individual, em tercís (R\$)				
Sem renda	1	-	1*	-
1º terço (50,00 – 700,00)	0,72	0,58 – 0,90	1,07	0,79 – 1,43
2º terço (700,00 – 1.400,00)	0,67	0,53 – 0,84	0,97	0,69 – 1,36
3º terço (> 1.400,00)	0,39	0,29 – 0,54	0,50	0,32 – 0,78
Indicador econômico de Ribeirão Preto, em quintis				
1º quinto (≤ 413,2)	1	-	1*	-
2º quinto (413,3 – 544)	0,98	0,75 – 1,29	1,08	0,80 – 1,43
3º quinto (544,1 – 684)	0,97	0,74 – 1,26	0,96	0,70 – 1,33
4º quinto (684,1 – 823,6)	0,75	0,54 – 1,03	0,85	0,61 – 1,18
5º quinto (> 823,6)	0,39	0,23 – 0,66	0,49	0,28 – 0,85
Média diária de tempo sentado na semana (min/dia)				
1º quarto (15 – 154,3)	1	-	1	-
2º quarto (154,4 – 240)	0,71	0,54 – 0,95	0,68	0,51 – 0,90
3º quarto (240,1 – 360)	0,81	0,58 – 1,14	0,88	0,62 – 1,25
4º quarto (> 360)	1,03	0,79 – 1,34	1,05	0,81 – 1,35
Hipertensão				
Não	1	-	1	-
Sim	1,46	1,20 – 1,78	1,24	0,96 – 1,59
Diabetes				
Não	1	-	1	-
Sim	1,31	1,01 – 1,69	1,34	1,06 – 1,69
Internação nos últimos 2 anos				
Não	1	-	1	-
Sim	1,88	1,55 – 2,27	1,60	1,32 – 1,94

RP: razão de prevalência; *Valor p para o teste de tendência linear <0,05.

Tabela 5. Razões de prevalência brutas e ajustadas, com respectivos intervalos de confiança de 95%, em participantes do sexo feminino. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007. Projeto EPIDCV.

	RP bruta	IC95%	RP ajustada	IC95%
Saúde autorreferida				
Excelente/Bom	1	-	1	-
Regular	1,21	1,07 – 1,36	1,16	1,03 – 1,32
Ruim/Péssimo	1,28	1,08 – 1,50	1,12	0,94 – 1,33
Hipertensão				
Não	1	-	1	-
Sim	1,16	1,05 – 1,28	1,11	1,00 – 1,24
Diabetes				
Não	1	-	1	-
Sim	1,31	1,19 – 1,43	1,21	1,10 – 1,33
Internação nos últimos 2 anos				
Não	1	-	1	-
Sim	1,20	1,08 – 1,33	1,17	1,04 – 1,31

RP: razão de prevalência.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a prevalência de procura por serviços de saúde foi maior entre as mulheres do que entre os homens, em todas as faixas etárias. Nos modelos multivariados, as variáveis hipertensão arterial, diabetes mellitus e internação nos últimos dois anos permaneceram independentemente associadas ao desfecho, em ambos os sexos, destacando-se entre os homens que variáveis sociodemográficas como a idade, a escolaridade e a renda, além da média diária de tempo sentado em min/dia, também se mantiveram no modelo final.

O rigor metodológico adotado nas diferentes etapas do estudo, bem como a elevada taxa de resposta (82,1%) permitem supor que os achados não foram resultantes de vieses de seleção, confusão ou aferição.

A aplicação do método epidemiológico na identificação do perfil de usuários de serviços de saúde é de fundamental importância, pois contribui com importantes subsídios para o reconhecimento das características da demanda, para avaliação e reavaliação das ações e para a tomada de decisões por parte de seus gestores. Nesse contexto, os estudos epidemiológicos analíticos de base populacional que utilizam amostras representativas acrescentam relevantes informações sobre o padrão de utilização dos serviços, permitindo a identificação dos principais fatores associados e que podem subsidiar o planejamento específico de ações de saúde em nível local^{8,24-26}.

No presente estudo, a maior prevalência de acesso aos serviços no sexo feminino, bem como a maior procura com o avançar da idade, confirmam resultados semelhantes apontados na literatura²⁷⁻³¹. Garbinato et al.³², em estudo epidemiológico de base populacional (n = 1.954) conduzido entre 2002 e 2003 em Canoas, Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, relataram que a faixa etária de 60 anos ou mais apresentou razão de prevalência de elevada magnitude e associação estatisticamente significativa com a utilização de serviços de saúde (RP = 4,14; IC95% 2,07 – 8,25). Lima-Costa et al.³³ afirmam que não é a idade, em si, que determina a utilização dos serviços médicos, e sim a condição de saúde, principalmente a prevalência de doenças crônicas. De fato, no presente estudo o ajustamento para a idade não retirou a força da associação com o desfecho das variáveis: hipertensão arterial, diabetes mellitus e internação hospitalar.

Mendoza-Sassi et al.³⁴ apontam que estudos realizados em diversos países indicam que mulheres em idade fértil apresentam maior prevalência de acesso a serviços, em decorrência de problemas ginecológicos e obstétricos. Além disso, elas percebem mais facilmente os riscos à saúde que os homens, por terem maior acesso a essas informações⁵. Segundo Verbrugge e Wingard³⁵, as desigualdades no perfil de utilização de serviços não se atribuem apenas às questões de saúde reprodutiva. As mulheres tendem a considerar sua saúde de maneira mais negativa e também referem maior número de doenças crônicas, enquanto que os homens, quando procuram os serviços, apresentam doenças mais severas e letais. Para Bastos et al.⁹, os homens procuram o sistema de saúde principalmente por meio da atenção especializada resultante de piora ou complicações da doença, em consequência do atraso no cuidado em níveis anteriores de atenção e, por conseguinte, gerando maior custo para o sistema de saúde.

Quanto à renda, os achados aqui apresentados confirmam os de Dias-da-Costa et al.²⁹, que detectaram elevadas prevalências de utilização de consultas médicas nos indivíduos de menor nível socioeconômico (relação inversa em relação ao desfecho). No entanto, alguns estudos apontam que a utilização de serviços médicos é maior em pessoas de nível socioeconômico elevado, favorecendo as camadas mais privilegiadas^{8,10,26,27,31}.

No presente estudo, a escolaridade apresentou relação direta e associação independente com a utilização de serviços de saúde, apenas no sexo masculino. Capilheira e Santos⁸ apontam controvérsias na relação entre a escolaridade e a utilização de serviços. Segundo esses autores, o aumento da escolaridade ora contribui para o aumento da procura, ora não a influencia, como também relatado por Costa e Facchini²⁷, que encontraram associação estatisticamente significativa entre a baixa escolaridade (analfabetos) e a utilização de serviços médicos (OR = 4,50; IC95% 1,47 – 13,77).

Em relação à participação no mercado de trabalho, os resultados aqui apresentados confirmam os achados de Goldbaum et al.³⁰, que relataram que a utilização dos serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, em uma população coberta pela estratégia saúde da família, foi maior para inativos (18,4%) e desempregados (12,3%) do que para informais/autônomos (12,2%) e empregados (11,8%). Entretanto, na fase analítica, os resultados encontrados por esses autores revelaram que as respectivas razões de prevalência para a variável condição de trabalho perderam significância estatística: inativos (RP = 1,23; IC95% 0,95 – 1,58); informais/autônomos (RP = 1,09; IC95% 0,75 – 1,58) e desempregados (RP = 1,03; IC95% 0,64 – 1,67).

No presente estudo, a variável condição de trabalho não fez parte dos modelos finais ($p > 0,05$) em ambos os sexos, provavelmente tendo em vista, de um lado, a inclusão de variáveis relacionadas ao nível socioeconômico como a renda individual e o IERP no sexo masculino, mas principalmente em decorrência da força de associação com o desfecho de variáveis como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e o histórico de internação hospitalar.

Quanto aos fatores comportamentais, os resultados apresentados aqui se assemelham àqueles relatados por outros autores. Em ambos os sexos, a prevalência de utilização de serviços foi maior entre os ex-fumantes, o que está em consonância com os achados de Costa et al.²⁶, embora o hábito de fumar não tenha permanecido nos modelos finais. Capilheira e Santos⁸ observaram, também, que a prevalência de consultas foi maior entre os ex-fumantes (60,4%) e a respectiva razão de prevalência apresentou significância estatística (RP = 1,12; IC95% 1,04 – 1,48) em modelos parciais de ajustamento (variáveis comportamentais e relacionadas à saúde), com exclusão de variáveis sociodemográficas. A maior prevalência de procura por serviços entre os ex-fumantes pode ser um reflexo do viés de causalidade reversa, sob a hipótese de que o acesso a serviços de saúde pode ter conduzido à interrupção do hábito, principalmente em pessoas portadoras de doenças associadas ao fumo. Se, por um lado, o viés de causalidade reversa constitui-se em limitação inerente aos estudos transversais, a “direcionalidade” de efeito das variáveis que permaneceram nos modelos finais aqui apresentados não parece resultante deste viés.

Em relação ao consumo de álcool, a prevalência de utilização de serviços foi maior entre os dependentes, no sexo masculino, embora esta variável não tenha permanecido nos modelos finais, em ambos os sexos. Esses resultados são compatíveis com os achados obtidos por Costa et al.²⁶. Boing et al.¹⁰ relataram que a adicção ao álcool apresentou associação com a utilização de serviços de saúde (RP = 1,12; IC95% 1,01 – 1,23) em modelos multivariados onde foram incluídas variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde. Por outro lado, Costa e Facchini²⁷ verificaram que pessoas que consumiam bebidas alcoólicas constantemente apresentaram menor frequência de consultas médicas, possivelmente em decorrência de resultados pouco satisfatórios quanto ao atendimento e/ou da necessidade de programas específicos para ampliar sua captação.

Cabe enfatizar que durante o processo de modelagem, o efeito de confusão e/ou modificação de efeito, em diferentes estudos, têm sido avaliados mediante a inclusão de diferentes conjuntos de fatores, e/ou diferentes técnicas de modelagem. Este fato limita, por vezes, a comparação entre estudos, tendo em vista que a presença de fatores com forte potencial de associação com os desfechos pode promover a exclusão, nos modelos finais, de “preditores fracos”. No que pesem tais limitações, entretanto, as variáveis: hipertensão arterial, diabetes mellitus e histórico de internação hospitalar permaneceram, em ambos os sexos, independentemente associadas à procura por serviços de saúde, mesmo após o ajustamento simultâneo para fatores sociodemográficos, comportamentais e relacionados à saúde. Estes achados foram também confirmados por outros autores^{26,27,29,31}. Por outro lado, embora a estratificação por sexo possa ter contribuído para a diminuição do poder estatístico do estudo, diferentes conjuntos de fatores associados à procura por serviços de saúde, em homens e mulheres, justificam a aplicação de técnicas de modelagem estratificadas por sexo.

Os resultados do presente estudo evidenciam quatro questões relevantes: (1) expressiva diferença na procura por serviços de saúde coloca em evidência as mulheres entre os que mais consomem esses serviços, o que pode ser resultante não apenas de sua maior percepção quanto ao estado de saúde, senão também pela configuração histórica dos serviços de atenção primária que, no Brasil, ainda priorizam a atenção materno-infantil; (2) embora variáveis sociodemográficas estejam associadas à procura por serviços de saúde, entre os homens, o mesmo não se tornou evidente entre as mulheres, o que certamente pode ser decorrente da procura indiscriminada destes serviços pelas mulheres, independentemente da idade, da escolaridade e da renda; (3) em relação à procura por serviços de saúde, 60% da procura, entre os homens, estão associadas a internações hospitalares, contra apenas 17%, entre as mulheres, fato que reforça os achados de Verbrugge e Wingard³⁵, no sentido de que os homens tendem a procurar os serviços ambulatoriais em decorrência de doenças em estado mais avançado ou de pior prognóstico; e (4) no que pesem diferentes conjuntos de fatores sexo-específicos, associados com a utilização de serviços de saúde, eventos crônicos como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, ao lado do histórico de internação hospitalar, permaneceram independentemente associados ao desfecho, em ambos os sexos.

Do exposto, depreende-se que o planejamento das ações de saúde em nível ambulatorial, principalmente no que diz respeito à atenção primária, deveria incluir estratégias para captação de pessoas do sexo masculino, por meio do desenvolvimento de ações específicas que poderiam servir de estímulo à prevenção primária de doenças crônicas como a normatização do rastreamento do câncer de próstata, à semelhança das rotinas estabelecidas para o exame de Papanicolaou. Estas iniciativas, certamente, além de contribuir para a prevenção primária do câncer de próstata poderiam igualmente contribuir para a prevenção primária ou secundária da hipertensão arterial e do diabetes mellitus nesse estrato populacional, minimizando as sequelas individuais e coletivas de doenças cardiovasculares, como a doença isquêmica do coração e os acidentes vasculares cerebrais.

O aumento progressivo das prevalências de diabetes e de hipertensão, que de *per si* se constituem em fatores de risco para a doença isquêmica do coração e para os acidentes vasculares cerebrais, reflete o envelhecimento populacional progressivo no Brasil como um todo, e principalmente no sudeste brasileiro, inclusive no município de Ribeirão Preto, conforme recentemente relatado por Moraes e Freitas³⁶ e Moraes et al.³⁷.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo indicam a necessidade de adequação e planejamento dos serviços de saúde, por meio de ações efetivas para maior captação de pessoas do sexo masculino, tornando-se também imperativa a avaliação contínua dos programas de detecção e controle do diabetes mellitus e da hipertensão arterial com vistas à prevenção primária de eventos cardiovasculares terminais, o que certamente conduzirá à racionalização na aplicação dos recursos destinados à saúde no município de Ribeirão Preto, São Paulo.

REFERÊNCIAS

1. Omran AR. The epidemiologic transition in the Americas. Maryland: Pan American Health Organization; 1996.
2. Costa AJL. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, Brasil, 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 927-40.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política de saúde do idoso. Portaria n° 1395/GM, de 10/12/1999. Disponível em www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2173. (Acessado em 01 de novembro de 2013).
4. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 975-86.
5. 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.
6. Uglert C. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes E. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999, p. 221-36.
7. Almeida MF, Barata RB, Monteiro 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.
8. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(3): 436-43.
9. Bastos GAN, Del Duca GF, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3): 475-84.
10. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(1): 41-6.
11. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro; 2000.
12. Silva NN. Amostragem Probabilística: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP; 2001.
13. Freitas ICM, Moraes SA. Perfil econômico da população de Ribeirão Preto: aplicação do Indicador Econômico Nacional. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(6): 1150-4.
14. Barros AJD, Victora CG. Indicador econômico para o Brasil baseado no censo demográfico de 2000. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(4): 523-9.
15. Organización Mundial de la Salud. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol – AUDIT; 2001. Disponível em www.who.int/substance.../AUDITmanualSpanish.pdf. (Acessado em 01 de novembro de 2013).
16. Lima CT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in a urban brasilian sample. *Alcohol Alcohol* 2005; 40(6): 584-89.
17. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Pratt M, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(8): 1381-95.
18. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC et al. Questionário Internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2001; 6(2): 5-18.
19. Moraes SA, Szklo M, Knopman D, Sato R. The relationship between temporal changes in blood pressure and changes in cognitive function: atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Prev Med* 2002; 35(3): 258-63.
20. World Health Organization (WHO). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 1999.
21. Fermanian JH. Mesure de l'accord entre deux juges: cas quantitatif. *Rev Epidemiol Santé Publ* 1984; 32(6): 408-13.
22. Skinner CJ, Smith TME. Analysis of complex surveys. Chichester: John Wiley and Sons; 1989.
23. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3: 21.
24. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (Suppl 2): S337-41.
25. Novaes HMD. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 (Suppl 2): 7-12.
26. Costa JSD, Reis MC, Filho CVS, Linhares RS, Piccinini F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(6): 1074-84.
27. Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(4): 360-9.

28. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(4): 595-603.
29. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares AS, Nunes MF, Bagatini T, Marques SC, et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(5): 868-76.
30. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1): 90-9.
31. 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. *Cienc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3781-93.
32. Garbinato LR, Béria JU, Figueiredo ACL, Raymann B, Gigante LP, Palazzo LS, et al. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(1): 217-24.
33. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 735-43.
34. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Fatores associados à utilização de serviços ambulatoriais: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3): 372-8.
35. Verbrugge LM, Wingard DL. Sex differentials in health and mortality. *Women Health* 1987; 12(2): 103-45.
36. Moraes SA, Freitas ICM. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(4): 591-601.
37. Moraes SA, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(5): 929-41.

Recebido em: 19/04/2013

Versão final apresentada em: 06/08/2013

Aprovado em: 13/09/2013