

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Utilização de serviços de saúde no Município de
São Paulo, nos anos de 2003 e 2008:
inquéritos de saúde de base populacional.

Jerônimo Fernandes Godofredo

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública para obtenção do título de Mestre
em Ciências.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão
César

São Paulo

2011

Utilização de serviços de saúde no município de
São Paulo, nos anos 2003 e 2008:
inquéritos de saúde de base populacional.

Jerônimo Fernandes Godofredo

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública para obtenção do título de Mestre
em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão
César

São Paulo
2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como na eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos ou científicos, desde que na sua reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação

Aos meus pais e meus filhos

Agradecimentos

À **Universidade de São Paulo**, em especial à **Faculdade de Saúde Pública**, pelo amparo e por minha formação.

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Chester Luiz Galvão César**, pela confiança, pela orientação, apoio e amizade. Pelas revisões de textos, por incentivar idéias boas e podar as ruins, por suas palavras de apoio nas horas mais críticas.

Ao **Prof. Dr. Júlio César Rodrigues Pereira**, por sua valiosa colaboração, por suas aulas e suas ideias empolgantes.

Aos **professores** que ministraram as disciplinas de pós-graduação, nas quais me matriculei, por aulas fundamentais na minha formação.

Ao amigo sincero e imprescindível **Neuber José Segri**, por suas colaborações estatísticas.

À minha **família** e aos **amigos**, por acreditarem nos meus desafios e estarem sempre ao meu lado.

*“All our science, measured against reality, is primitive and childlike – and yet
it is the most precious thing we have”*

Albert Einstein (1879 – 1955)

RESUMO

GODOFREDO, J F. **Utilização de serviços de saúde no município de São Paulo, nos anos 2003 e 2008: inquéritos de saúde de base populacional.** São Paulo, 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Introdução: Os anos 2003 e 2008 delimitam um período importante na saúde do Município de São Paulo. É imediato ao estabelecimento efetivo do SUS, teve ampliação da rede sua básica e contou com ações de largo alcance social, tais como os mutirões da saúde. **Objetivo:** Identificar mudanças na utilização de serviços de saúde no Município de São Paulo no período de 2003 a 2008, segundo características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida. **Método:** Utilizou-se os inquéritos de saúde de base populacional do município, os ISA – Capital de 2003 e de 2008. Foi analisado o uso de serviços de saúde no evento da morbidade aguda, na presença de hipertensão e/ou diabetes, em adultos com idade de 20 anos ou mais, e na realização de exames de Papanicolau, mamografia e de próstata. O perfil sociodemográfico, de saúde e de estilo de vida foi analisado através da prevalência destas características e da taxa de uso, entre os que procuraram assistência médica na morbidade aguda, entre os hipertensos e/ou diabéticos que referiram visitar médico ou serviços de saúde regularmente e entre os que realizaram exames preventivos em tempo inferior a três anos da data da entrevista. **Resultados:** No período, ocorreram os seguintes aumentos significativos: a procura por serviços de saúde entre os que procuraram ajuda devido à morbidade aguda, de 76,1% para 89,8%; a prevalência referida de hipertensão arterial, de 17,2% para 21,7%; a visita regular ao médico ou aos serviços de saúde entre diabéticos, de 58,6% para 74,1%, e a realização de mamografia, de 63,9% para 73,8%. Diminuiu significativamente o diagnóstico de diabetes mellitus nos três anos anteriores à data da entrevista, de 38,3% para 23,0%. **Discussão:** Ampliação da rede básica e mudanças na organização dos serviços de saúde no sistema público podem ser responsáveis pelo aumento da demanda assistida na morbidade aguda, da proporção de diabéticos que visitam regularmente médicos ou serviços de saúde e da prevalência referida de hipertensão arterial. A diminuição na detecção de casos recentes de diabetes mellitus pode indicar exaustão dos casos antigos que ainda estavam sem diagnóstico. O SUS teve participação diferente nas dimensões analisadas. Aumentou sua importância na morbidade aguda e continuou abaixo das expectativas nos exames preventivo, revelando persistência das limitações nesta área. Foi o principal meio de uso de serviços da classe de menor escolaridade.

Unitermos: Serviços de Saúde, utilização, rede básica, iniquidade , inquérito populaciona

ABSTRACT

Introduction: The years 2003 and 2008 delimit an important period in the São Paulo health care system. The effective establishment of SUS (National Health Care System) led to a significant expansion of its network and maintenance of diverse health actions of broad social reaching, such as campaigns and joint efforts. **Objective:** To identify changes in the use of health services in São Paulo during the period of 2003 through 2008, according to socio-demographic characteristics of health and lifestyle. **Methods:** We used data from health surveys of population base accomplished in this city, named ISA – Capital, from 2003 and 2008. The use of health services due to acute reported morbidity was analyzed within 15 days before the survey in adults' patients, aged 20 or more years, with hypertension and/or diabetes, and in women before the performance of Pap test and mammography and, in men before prostate exams. The health and lifestyle socio-demographic profile was analyzed in three health's dimension through rate and prevalence of use among those who sought medical assistance during acute morbidity; among hypertensive and/or diabetic patients who reported visiting physicians or regular health services; and among those who underwent screening tests less than three years before the survey. **Results:** In the period, the most significant increases were the demand for health services among patients with acute morbidity who searched for assistance, from 76.1% to 89.8%; the prevalence of reported hypertension, from 17.2% to 21.7%; the regular visit to a physician or health services among diabetics, from 58.6% to 74.1%; and performance of mammography, from 63.9% to 73.8%. On the contrary, there was a significant decrease in the diagnosis of diabetes mellitus three years preceding the survey, varying from 38.3% to 23.0%. **Discussion:** The expansion of the basic health network and changes in the organization of public services may have contributed to the increase of assisted demand in acute morbidity, the proportion of diabetics who regularly visit physicians or health services and the increased prevalence of hypertension. The decrease in the detection of recent cases of diabetes mellitus may be signaling the exhaustion of old cases that were still without diagnosis, but the possibility of retraction of screening programs may also be verified. SUS showed different participation in the analyzed dimensions. It has increased as a major source of acute morbidity payment but its participation in the implementation of preventive examination was lower than the participation found in the private health plans. This last finding indicates that there is still a deficiency in the public policy of prevention. SUS has been active as the main source of payment of the lower classes during the study period; searching for equity in the use of services, specially noted as an increased rate of use by the elderly, less educated and non-white women.

Keywords: Health Services, use the basic network, inequality, population survey

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
	1.1 Papel dos Serviços de Saúde.....	16
	1.2 Uso dos Serviços de Saúde.....	18
	1.3 Serviços de Saúde no Município de São Paulo	23
	1.4 Inquéritos de Saúde.....	25
2	OBJETIVOS.....	29
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	30
	3.1 ISA Capital – Inquérito de Saúde da Capital....	30
	3.2 Definição de Variáveis.....	34
	3.3 Análise dos Dados.....	38
4	RESULTADOS.....	42
	4.1 Procura por Serviços de Saúde na Morbidade Aguda.....	42
	4.2 Utilização de Serviços de Saúde por Hipertensos e/ou Diabéticos com idade de 20 anos ou mais.....	53
	4.3 Coberturas dos Exames Preventivos: Papanicolaou, Mamografia e Próstata.....	63
	4.4 Fontes de Pagamento dos Serviços de Saúde	79
5	DISCUSSÃO.....	83
	5.1 Morbidade Aguda.....	83

5.2	Morbidade Crônica (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).....	85
5.3	Exames Preventivos (Papanicolaou, Mamografia e Próstata).....	89
5.4	Fontes de Pagamento dos Serviços de Saúde	93
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
7	REFERÊNCIAS BIOGRÁFICAS.....	97
ANEXO 1	102
ANEXO 2	121

LISTA DE FIGURA

Figura 1	- Blocos Temáticos dos Questionários nos Inquéritos da Capital.	32
Figura 2a	- Diferença Estatística Significativa.	41
Figura 2b	- Não Diferença Estatística Significativa.	41
Figura 2c	- Inconcluso quanto à Não Diferença Estatística.	41
Figura 3a	- Morbidade Aguda. Comparação entre os anos de 2003 e 2008.	43
Figura 3b	- Procura por algum tipo de ajuda na Morbidade Aguda. Comparação entre os anos de 2003 e 2008.	44
Figura 3c	- Procura por serviços de saúde entre os que procuraram por alguma ajuda, na morbidade aguda. Comparação entre os anos de 2003 e 2008.	44
Figura 4	- Participação dos PS/Hospitais, Ambulatórios e UBS na morbidade aguda. Comparação entre os anos de 2003 e 2008.	50
Figura 5	- Estabelecimentos de saúde procurados na assistência da morbidade aguda. Comparação entre os anos de 2003 e 2008.	50
Figura 6a	- Fontes de pagamento na morbidade aguda. Comparação entre os anos de 2003 e 2008.	52
Figura 6b	- Comparação entre as fontes de pagamento na morbidade aguda nos anos de 2003 e 2008.	52
Figura 7	- Prevalência referida de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus. Comparação entre os anos de 2003 e 2008	55
Figura 8	- Pacientes hipertensos e diabéticos que visitam o médico ou serviços de saúde de rotina. Comparação entre os anos de 2003 e 2008.	55
Figura 9	- Atendimento de Rotina por hipertensos e diabéticos no SUS, Plano de Saúde Empresarial e Individual. Comparação entre os anos de 2003 e 2008.	64
Figura 10	- Estabelecimentos de saúde procurados nos procedimentos de rotina por hipertensos e diabéticos.	65
Figura 11	- Tipos de exames realizados para avaliação da Próstata em 2003 e 2008.	75

Figura 12a	– Uso do SUS na morbidade aguda, em relação à escolaridade. ISA-Capital 2003 e 2008.	80
Figura 12b	– Uso do SUS por hipertensos, 15 dias antes da entrevista, para procedimentos de rotina nos serviços de saúde, em relação à escolaridade. ISA-Capital 2003 e 2008.	80
Figura 12c	– Uso do SUS na realização do último Papanicolaou, antes de três anos da entrevista, em relação à escolaridade. ISA-Capital 2003 e 2008.	81
Figura 13	– Utilização dos serviços de saúde nas três dimensões estudadas: procura na morbidade aguda, na visita regular ao médico ou aos serviços de saúde por hipertensos e diabéticos e na realização de exames preventivos em tempo inferior a três anos.	82
Figura 14	– Participação do SUS nas três dimensões da saúde analisadas: morbidade aguda, morbidade crônica e exames preventivos.	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Problemas de saúde ocorridos no período de 15 dias antes da entrevista (Morbidade Aguda) – ISA: 2003 e 2008.	43
Tabela 2 - Características sociodemográfico, de saúde e de estilo de vida da população que procurou por serviços de saúde na morbidade aguda. ISA – Capital: 2003 e 2008.	46
Tabela 3 - Proporção da procura de serviços de saúde entre os que procuram por ajuda, devido à morbidade aguda, por características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida. ISA -Capital: 2003 e 2008.	47
Tabela 4 - Estabelecimentos procurados para assistência médica devido à morbidade aguda. ISA Capital: 2003 e 2008.	49
Tabela 5 - Fontes de Pagamento para assistência médica devido à morbidade aguda. ISA Capital: 2003 e 2008.	51
Tabela 6 - Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na população com idade de 20 anos ou mais. Prevalência referida, origem do diagnóstico, tempo de diagnóstico e visita regular ao médico/serviços de saúde. ISA - Capital: 2003 e 2008.	54
Tabela 7 - Características sociodemográficas, de estilo de vida e da associação com o diabetes nos <i>hipertensos</i> , com idade de 20 anos ou mais, que referiram fazer visita ao médico ou aos serviços de saúde regularmente. ISA - Capital: 2003 e 2008.	57
Tabela 8 - Proporção de <i>hipertensos</i> que referiram fazer visita regular ao médico ou aos serviços de saúde, por características sociodemográficas, de estilo de vida e pela associação com o diabetes. ISA -Capital: 2003 e 2008.	58

Tabela 9 - Características sociodemográficas, de estilo de vida e da associação com a hipertensão nos <i>diabéticos</i> , com idade de 20 anos ou mais, que referiram fazer visita ao médico ou aos serviços de saúde regularmente. ISA - Capital: 2003 e 2008.	60
Tabela 10 - Proporção de <i>diabéticos</i> que referiram fazer visita regular ao médico ou aos serviços de saúde, por características sociodemográficas, de estilo de vida e pela associação com a hipertensão. ISA-Capital: 2003 e 2008	61
Tabela 11 - Procura por serviços de saúde para <i>procedimentos de rotina</i> no período de 15 dias antes da entrevista por hipertensos e/ou <i>diabéticos</i> com idade de 20 anos ou mais. ISA-Capital: 2003 e 2008	62
Tabela 12 - Estabelecimentos de saúde procurados para atendimento de rotina, nos últimos 15 dias, por hipertensos ou <i>diabéticos</i> . ISA - Capital: 2003 e 2008	64
Tabela 13 - Exame de Papanicolaou em Mulheres com idade de 20 anos ou mais. ISA Capital: 2003 e 2008.	66
Tabela 14 - Características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida e das mulheres, com idade de 20 anos ou mais, cujo tempo de realização do último exame de Papanicolaou é inferior a três anos da data da entrevista. ISA - Capital: 2003 e 2008.	68
Tabela 15 - Proporção de mulheres com idade de 20 anos ou mais, cujo tempo do último exame de Papanicolaou é inferior a três anos da data da entrevista, por características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida. ISA -Capital: 2003 e 2008.	69
Tabela 16 - Exame de Mamografia em Mulheres com idade de 40 anos ou mais. ISA - Capital: 2003 e 2008.	70
Tabela 17 - Características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida Das mulheres, com idade de 40 anos ou mais, cujo tempo de realização da última Mamografia é inferior a três anos da data da entrevista. ISA - Capital: 2003 e 2008	71

Tabela 18 - Proporção de mulheres, com idade de 40 anos ou mais, cujo tempo da última Mamografia é inferior a três anos da data da entrevista, por características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida. ISA – capital: 2003 e 2008.	74
Tabela 19 - Exame de Próstata em Homens com idade de 40 anos ou mais. ISA -Capital: 2003 e 2008.	75
Tabela 20 - Características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida e de dos homens, com idade de 40 anos ou mais, cujo tempo realização do último exame de próstata é inferior a três anos da data da entrevista. ISA - Capital: 2003 e 2008	77
Tabela 21 - Proporção de homens, com idade de 40 anos ou mais, cujo tempo do último exame de Próstata é inferior a três anos da data da entrevista, por características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida. ISA -Capital: 2003 e 2008.	78
Tabela 22 - Utilização de serviços de saúde financiados pelo SUS e não financiados pelo SUS, em relação à escolaridade. ISA – Capital: 2003 e 2008.	79

SIGLAS UTILIZADAS

- ABS** – Atenção Básica em Saúde
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- AMA** - Unidade de Assistência Médica Ambulatorial
- ANS** - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ESF** – Equipe de Saúde da Família
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde
- PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
- PS** – Pronto Socorro
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- SMS SP** - Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo
- SES SP** – Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- USF** – Unidade de Saúde da Família
- USP** – Universidade de São Paulo
- UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância
- VIGITEL** – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

1. INTRODUÇÃO

1.1 Papel dos Serviços de Saúde

Doença e saúde são concepções presentes numa mesma dimensão, sendo impossível individualizá-las por não apresentarem margens nítidas de separação. As inúmeras variáveis que caracterizam um ou outro estado se misturam e transformam, muitas vezes, a percepção do que seja estado saudável ou estado de doença algo subjetivo, dependente do enfoque considerado.

É um fenômeno dinâmico, portanto um processo, o processo saúde-doença, no qual as contínuas modificações sofridas no conjunto das suas variáveis vão determinando o grau do estado de saúde ou de doença, no indivíduo ou nas populações.

As modificações no conjunto de variáveis que caracterizam o estado de saúde ou de doença ocorrem devido à influência de fatores de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica, o que transforma este processo saúde-doença num fenômeno complexo, difícil de ser definido (BREILH, 1991).

Parte importante desta rede de fatores que determina o estado de saúde tem origem nas relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade (ALMEIDA-FILHO, 2002). Aspectos como as desigualdades, que estão presentes nestas relações sociais, como causadoras ou como consequências destas formas de organizações, produzem a maioria das distorções apresentadas no quadro da saúde.

Na atualidade, existe o consenso de que pessoas expostas a condições sociais e econômicas mais desfavoráveis apresentam pior estado de saúde. Vários estudos mostram a relação entre a posição do indivíduo na estrutura social e suas necessidades em saúde, reforçando que o padrão de risco observado tende a ser desvantajoso para aqueles indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados (EVANS, 1994).

Sendo o processo saúde-doença susceptível as intervenções, ações político-sociais, tais como: melhora da educação, da renda, do saneamento básico, da qualidade nutricional da população, entre outros, são determinantes que produzem impacto positivo em saúde, mesmo que dirigida para outros propósitos.

Os serviços de saúde, que no conjunto formam os sistemas de saúde, têm participação fundamental na determinação do estado de saúde, pois seu objetivo central é a melhora das condições de saúde da população e, para alcançar tal objetivo, buscam intervir diretamente no processo saúde-doença. Esta intervenção é complexa, pois a assistência médica é apenas um dos determinantes, mas é ela que modula, ou tem o compromisso direto de compensar, numa fase derradeira do processo, as distorções de saúde produzidas pelos demais determinantes.

A equidade em saúde passou a figurar como um dos principais objetivos a ser alcançado pela humanidade a partir da década de 70. A 30ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada pela OMS em 1977, lançou o movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000” e a materialização deste propósito veio a seguir com a Declaração de Alma Ata, em setembro de 1978, que apresentou como chave para alcançar esta meta à adoção da Atenção Primária à Saúde - APS por todos os países membros (OMS-UNICEF, 1978).

A APS é um corpo doutrinário, uma estratégia, que se destina a orientar os sistemas nacionais de saúde de todos os países que buscam se aproximar dos objetivos contidos na Declaração de Alma Ata. É na priorização da APS que os sistemas de saúde cumprem seu principal papel: compensar, na atenção à saúde, os desequilíbrios produzidos pelas desigualdades as quais o indivíduo está submetido.

No Brasil a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), implantado a partir de 1990, institucionalizou a universalidade da cobertura e do atendimento, assim como a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços de saúde para populações urbanas e rurais (TRAVASSOS, 2000). O SUS, portanto, em princípio, alinhou-se aos objetivos do combate das

desigualdades ao procurar oferecer a igualdade de oportunidade em saúde a todos.

Para BARATA *et al.* (2007) a ideia central do conceito de equidade pode ser expressa como a igualdade de oportunidades para ser e permanecer saudável, e está enraizada no direito à saúde.

A Atenção Básica é a versão brasileira da APS. É na Atenção Básica que reconhecemos a aplicação dos princípios doutrinários da estratégia da APS. Em sua definição temos:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006)

1.2 Uso dos Serviços de Saúde

Segundo TRAVASSOS & MARTINS (2004) o conceito do uso compreende todo contato direto — consultas médicas, hospitalizações — ou indireto — realização de exames preventivos e diagnósticos — com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde.

O conhecimento do padrão de utilização dos serviços de saúde é fundamental para analisar o desempenho dos serviços e programas de saúde. A análise deste padrão permite o reconhecimento da relação entre desigualdades sócio-culturais e iniquidades no uso de serviços saúde. Desta forma, o padrão do uso passa a ser um dos aspectos principais da avaliação dos serviços nos países em desenvolvimento, e mesmo naqueles

desenvolvidos. Ainda, estudos sobre o uso de serviços de saúde contribuem para organizar a assistência, uma vez que permitem estabelecer níveis de cobertura e identificar grupos populacionais excluídos, além de auxiliarem o planejamento em saúde no sentido de propiciar o acesso universal e igualitário e a reorganização dos sistemas (DIAS-DA-COSTA *et al*, 2008a, b).

Também, para TRAVASSOS (1992) as iniquidades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde passa a ser condição importante, embora não suficiente para diminuir as desigualdades no adoecer e morrer.

Acesso e utilização de serviços de saúde são dimensões importantes para a análise de desempenho de um sistema de saúde. Por meio delas temos a noção da interface do sistema com a sua população usuária. Considerações sobre a conotação destes termos, acesso e utilização, são interessantes de serem revistas, pois apresentam discordâncias nos significados de suas abrangências. O termo acesso, que se refere à entrada inicial nos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995), pode deslocar-se sobre seu eixo e apresentar-se como resultado, dado o seu impacto final no estado de saúde. Já a utilização ou uso dos serviços é uma medida do acesso, mas, também, de outros múltiplos fatores, como: fatores individuais, fatores contextuais e os relativos à qualidade do cuidado. É o centro do funcionamento dos sistemas saúde e se expressa como resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura por cuidados com os profissionais de saúde que irão atendê-lo (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Para aproximação das intervenções positivas no estado de saúde, através dos serviços de saúde, é necessário conhecer as características dos usuários e o padrão de acesso e utilização dos serviços de saúde (CAPILHEIRA E SANTOS, 2006). Inexoravelmente, ocorrem variações ao longo do tempo na expressão sociodemográfica e epidemiológica das populações, como aumento da escolaridade, da renda, o surgimento de novas doenças ou, ainda, alterações nas prevalências de morbidades antigas. Também, ocorrem modificações na estrutura e na organização dos

sistemas de saúde produzidas por gestores de saúde seguindo determinadas diretrizes de políticas de saúde. Portanto, a análise destes perfis da população e com seu padrão de acesso e uso de serviços devem ter periodicidade constante.

Dentre os inúmeros fatores condicionantes da utilização estão fatores internos e externos aos serviços, relacionados tanto à forma como está estruturada a oferta (WENNBERG, 1985) quanto às preferências e escolhas do usuário, uma vez que, nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas (PINHEIRO *et al.*, 2002).

A dinâmica da utilização de serviços de saúde tem sido avaliada a partir da sua disponibilidade, organização e mecanismos de financiamento, que atuam como elementos indutores de sua oferta (EISENBERG, 1985; HULKA e WHEAT, 1985).

A taxa de utilização dos serviços de saúde pelas pessoas com necessidade fornece elementos para avaliação da cobertura efetiva (SHENGELIA *et al.*, 2003). Mas, também, segundo FOX (1972), até mesmo reais taxas de acesso podem ser aferidas pela taxa de utilização dos serviços de saúde. Esta mesma visão é compartilhada por O'DONNELL (2007).

Existem fatores associados à utilização de serviços de saúde que são característicos. Destacam-se entre estes fatores: o sexo, a idade, as condições socioeconômicas e a morbidade. No geral, os serviços de saúde são mais utilizados pelas mulheres, por crianças e idosos, pelos mais ricos e mais escolarizados, por detentores de planos de saúde, e por aqueles que apresentam morbidade (SAWYER *et al.*, 2002).

Segundo HULKA & WHEAT (1985), a necessidade é o fator mais importante na explicação do uso em saúde, é o que guarda relação mais próxima entre o usuário e o serviço de saúde. Outros fatores podem ser relacionados a um menor ou maior uso, como os biológicos e sociais, porém, estão mais distantes, são fatores predisponentes ao uso. Por exemplo, com relação ao sexo, verifica-se maior padrão de consumo de cuidados de saúde

para mulheres (WILSON, 1981). Crianças e idosos usam mais serviços, pela vulnerabilidade dos indivíduos nessas faixas de idade. Raça e condição social são também estão relacionadas com uso. E, ainda, existem os fatores capacitantes que estão associados à oferta e corresponde a disponibilidade de recursos, acesso, financiamento e pagamento ao prestador (TRAVASSOS-VERAS, 1992).

Diversos aspectos devem ser considerados quando se faz análise de determinado perfil de utilização de serviços de saúde. O tipo de serviço procurado pode ser uma consulta previamente agendada numa Unidade Básica de Saúde ou uma consulta de emergência num Pronto Socorro, ainda podemos levar em conta se o tipo de serviço é público ou privado, a dependência da proximidade e do acesso que oferece, além dos valores sociais e culturais associados ao consumo (GOLDBAUM *et al*, 2005).

O motivo e a frequência da utilização, a busca oportuna ou tardia, os procedimentos preventivos, consultas assistenciais, laboratoriais ou terapêuticos envolvidos, também são aspectos importantes a serem analisados (ZUCCHI *et al*, 2000).

Existe uma relação conhecida entre utilização de serviços de saúde com o nível de qualidade de vida, com o nível de conhecimento dos indivíduos sobre a saúde e sobre a rede de serviços. Sua capacidade de auto-avaliar seu estado de saúde, assim como suas expectativas e necessidades de atenção, suas práticas de auto-cuidados, a existência de redes alternativas e o relativo grau de autonomia que possuem também colaboram nesta determinação (GOLDBAUM *et al*, 2005).

Problemas relacionados à oferta e a organização dos serviços de saúde também podem, portanto, atuar fortemente como barreiras ao acesso (RIBEIRO *et al.*, 2006) e, com isto, influenciar diretamente a utilização dos mesmos.

De forma resumida, para TRAVASSOS *et al.* (2000) o uso de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como das formas de

financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento.

Existem modelos teóricos que buscam explicar a relação entre a utilização de serviços de saúde e seus determinantes, entre eles há o modelo proposto por DUTTON (1986) que coloca a utilização como fruto da interação entre usuários, profissionais de saúde e sistema de saúde. Neste modelo existe a distinção no uso de serviços que são mais controlados pelo próprio usuário, como no caso da morbidade aguda e dos exames preventivos, e no uso de serviços que são mais controlados pelos profissionais de saúde, como é o caso das consultas, subseqüentes a primeira, no seguimento de doenças crônicas que normalmente é definida pelo médico assistente.

Estudos demonstram que serviços de saúde que prestam pronto atendimento, sendo a necessidade de saúde imediata o fator mais próximo do uso, são mais utilizados, mas, também, são os que exigem menores investimentos, sendo sua demanda basicamente espontânea. Já, serviços de saúde que dão assistência e acompanhamento ambulatorial apresentam menor demanda espontânea e necessitam de maiores investimentos para serem mais efetivos. Proporcionalmente a utilização de serviços de saúde nesta dimensão é menor quando, na realidade, deveria ser muito maior. Do ponto de vista da organização da oferta e da análise dos custos envolvidos com a atenção à saúde, embora a doença aguda, que envolve restrição de atividades rotineiras, seja um fator fundamental para explicar o uso de serviços de saúde, o volume de pessoas que procuram serviços de saúde sem que essa procura esteja relacionada a um episódio agudo é muito maior (VIACAVA , 2002). Isto sinaliza uma incoerência no sistema uma vez que a omissão nos esforços de proporcionar a boa assistência preventiva aos grupos de risco determina as inúmeras complicações com elevação do custo no aspecto humanitário e econômico. Menor ainda, proporcionalmente, é o uso de serviços preventivos fora da necessidade de saúde, seja esta necessidade uma doença aguda ou crônica, e cuja motivação para o uso espontâneo é baseada principalmente em aspectos culturais.

1.3 Serviços de Saúde no Município de São Paulo

O município de São Paulo apresenta grande heterogeneidade de programas e estabelecimentos de saúde ao lado da intensa diversidade socioeconômica e demográfica da sua população. É a maior cidade do Brasil e detentora da maior e mais complexa rede de serviços de saúde do país, tanto do setor público como do setor privado. Este sistema híbrido se apresenta notório na cidade, onde as inúmeras instalações públicas e particulares oferecem os mais variados tipos de serviços, que vão da atenção básica até aos mais especializados e sofisticados procedimentos diagnósticos e terapêuticos. O Público e o privado formam dois segmentos distintos, com diferenças marcantes de organização, de oferta, de acesso, de uso e da clientela usuária. Enfim, diferenças que tornam os dois sistemas, efetivamente, complementares, mas que têm o mesmo fim: oferecer assistência à saúde.

Mesmo considerando apenas os serviços privados, notam-se diferenças no uso, de acordo com o tipo de financiamento que está envolvido no seu custeio. Ocorreram mudanças na chamada saúde suplementar com diversificação nos tipos de assistência oferecida, bem como no perfil da população coberta. Assim, temos características marcadamente diferentes por quem tem plano de saúde empresarial, que é oferecido à parcela da população de trabalhadores e a seus dependentes, mantido pela empresa a qual este trabalhador está vinculado, e por quem tem plano de saúde individual, que é financiado pelo próprio usuário e que com diversas categorias de atendimento, de acordo com a capacidade de pagamento do indivíduo.

Nos serviços públicos, modificações ocorreram na gestão dos serviços de saúde. São Paulo está entre as últimas grandes metrópoles do país a consolidar a implantação do Serviço Único de Saúde (SUS), o que se efetivou somente no ano de 2002 com a entrada do pedido de gestão plena do sistema municipal de saúde pela SMS (SOBRINHO, 2003). Este processo de implantação do SUS havia sido interrompido na década anterior

para adoção do PAS (Programa de Assistência à Saúde), como modelo de sistema para a saúde pública na cidade (PINTO et al, 2009), o que, além de atrasar o processo de municipalização da gestão dos serviços de saúde preconizado pelo SUS, de acordo com o seu princípio de descentralização, provocou, também, desmantelamento de vários serviços existentes e que vinha sendo uma plataforma inicial para o novo modelo proposto pelo SUS (JUNQUEIRA, 2002).

A atenção básica em saúde, constituída principalmente pelas UBS (Unidade Básica de Saúde), passou a ser gerenciada pela secretaria municipal em sua totalidade, praticamente, só a partir de 2002, quando um grande número destas unidades, que ainda estavam sobre o domínio do Governo do Estado, passou para controle do município, assim como preconiza o SUS.

Além da rede básica, o serviço de saúde municipal da cidade dispõe de numerosos prontos socorros, hospitais gerais e outros aparelhos que coexistem os com outros hospitais e estabelecimentos de saúde mais complexos e que são gerenciados pelo do governo estadual.

Em 2005 o governo municipal criou os aparelhos de saúde denominados de AMA (Unidade de Assistência Médica Ambulatorial) (PUCCINI, 2008) e já em 2008 contava com 115 unidades espalhadas pela cidade. Embora pertencente ao nível de atenção primária, as AMA são financiadas e controladas pelo estado, utilizando-se de parcerias público-privadas para a sua operacionalização. A proposta das AMA é de diminuir a demanda assistida nos pronto socorros e nas UBS, dando resolução aos casos de menor gravidade e encaminhando os de necessidades mais complexas. Desta forma, as AMA passaram a ser mais uma porta de acesso aos serviços públicos de saúde, favorecendo a diminuição da demanda reprimida e permitindo uma redistribuição mais coerente da população assistida pelo sistema (SÃO PAULO, 2009).

O governo federal também participa da atenção primária, isto não apenas em São Paulo, mas também no resto do País, através do PSF (Programa de Saúde da Família). Em São Paulo houve aumento

considerável do número de ESF (Equipe de Saúde da Família) a partir de 2000. Eram 159 equipes em dezembro de 2000 e chegou a 850 equipes em junho de 2008 (PINTO et al, 2009). Portanto, esperam-se, também, reflexos deste aumento na diminuição da iniquidade do sistema.

A partir de 2000 passou também a ocorrer a implantação sistemática dos chamados mutirões da saúde, oferecendo determinados serviços em áreas da saúde onde existiam, e ainda existem grandes lacunas entre a demanda portadora de necessidades específicas e a assistência oferecida pelo sistema, em condições normais de funcionamento. No período de 2003 a 2008 houve a manutenção destas ações governamentais, que ofereciam mutirões da saúde para a realização de exames preventivos como a mamografia para mulheres com mais de 40 anos, para detecção de câncer de mama, exames de papanicolau para mulheres com mais de 20 anos, para detecção de câncer de colo de útero, e exames de próstata para homens com 45 anos ou mais, para detecção precoce de câncer de próstata. Inclusive, utilizou-se a contratação de serviços particulares, financiados pelo governo, para as realizações desses exames. Também houve a realização de mutirões para exames de detecção de neoplasia de intestino para homens e mulheres acima dos 40 anos, mutirões para realização de procedimentos tais como a da cirurgia de catarata.

1.4 Inquéritos de Saúde

Os inquéritos de saúde de base populacional começaram a ser realizados na década de 60, em países industrializados, com a finalidade de formulação e avaliação de políticas públicas. No Brasil este iniciou ocorreu principalmente a partir da década de 80, com a realização de inquéritos regionais ou nacionais.

Aumentaram a sua importância uma vez que se revelaram como único instrumento capaz de gerar informações sobre saúde não só através das doenças, mas também através de fatores de riscos e determinantes sociais (VIACAVA, 2002).

Além do mais, os sistemas tradicionais de informação em saúde sofrem limitações como, por exemplo, o desconhecimento das características daqueles que não procuraram os serviços de saúde (DIAS-DACOSTA *et al.*, 2008a).

Por meio dos inquéritos é possível conhecer o perfil de saúde e a distribuição dos fatores de risco em uma população, com atualização periódica e comparações seqüenciadas no tempo e entre áreas geográficas (MALTA ET, 2008).

Várias dimensões são exploradas nos inquéritos e, desta forma torna-se possível correlacionar os agravos e problemas de saúde com as condições sócio-ambientais. Informações sobre problemas de saúde menos graves ou pouco sintomáticos, que não chega a ser motivo forte o suficiente para a procura de assistência médica, também são resgatadas pelos inquéritos, bem como a identificação de barreiras de acesso aos serviços de saúde e outros aspectos da relação entre população e os serviços de saúde disponíveis.

Uma contribuição exclusiva dos inquéritos é a descrição do padrão de utilização dos serviços de saúde, principalmente na realidade brasileira, dada a complexidade do sistema de saúde. Existe uma diversidade muito grande de instituições e aparelhos voltados à saúde que ainda não têm integração, regionalização e hierarquização completada. Aumentando esta complexidade, temos o fato que o sistema de saúde é híbrido, coexistindo, na realidade dois sistemas, um sistema público e outro privado (BARROS, 2005). A unificação de dados originados em diversas fontes que não se comunicam, ou não se comunicam adequadamente, só é possível através dos inquéritos de saúde. Aí reside uma das maiores necessidade de realização contínua destes inquéritos.

CESAR & TANAKA (1996) reforçam a importância dos inquéritos de saúde de base populacional na análise do padrão de utilização dos serviços de saúde ao informar que esta dimensão só é plenamente abordada valendo-se destes estudos, pois as informações obtidas a partir da demanda

atendida são altamente seletivas e através do inquérito temos o alcance as informações procedentes da demanda reprimida.

A morbidade referida é um dos tópicos explorados nos inquéritos de saúde. A sua importância reside na obtenção completa e não seletiva do perfil de morbidade da população. Dados provenientes dos serviços de saúde advêm da população que devido à gravidade da doença alcançaram os serviços de saúde ou daquela parcela que não encontra barreiras para procurar atendimento.

A morbidade aguda referida nos inquéritos é obtida pelo relato da ocorrência de problemas de saúde num intervalo de tempo de alguns dias antes da entrevista. Este período recordatório é utilizado de forma que garanta a referência completa dos mais variados graus de problemas de saúde. Deve ter alcance para atingir problemas mais graves, que são mais raros, e necessitam de um intervalo maior para serem detectados em quantidade significativa para estudos, mas não podem ser muito longo, pois traria o viés do esquecimento de problemas menos graves e que são os mais comuns. Analisar o uso de serviços de saúde que decorre como consequência da busca por ajuda nesta dimensão é fundamental, uma vez que a necessidade de saúde aguda é ponto mais proximal ao uso de serviços de saúde.

As doenças cardiovasculares são responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade na maioria dos países (SIMÃO et AL, 2002) e entre os seus principais fatores de risco estão a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus. O controle destas doenças se transformou em desafio para a saúde pública, principalmente pelo fato de que o envelhecimento da população e fatores relacionados ao estilo de vida como, o sedentarismo e a obesidade na atualidade, resultaram no aumento de suas prevalências no mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, coordena e gerencia o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, além de prestar assessoria aos estados e municípios.

Considerando a importância no acompanhamento destas doenças, a prevalência referida de Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus e o perfil do uso regular dos serviços de saúde pelos seus portadores podem ser analisados através dos inquéritos de base populacional.

Os exames preventivos formam outra dimensão do uso de serviços de saúde, cuja cobertura pode ser analisada pelos inquéritos de base populacional. Exames de prevenção ao câncer de colo do útero, de mama e de próstata são importantes de serem observados devido à incidência e a mortalidade destas neoplasias no Brasil.

O exame de Papanicolaou é utilizado no rastreamento do Câncer do Colo de Útero que, entre as mulheres, corresponde ao o segundo câncer mais comum, no mundo. No Brasil eram esperados 18.430 novos casos para 2010. Estima-se uma redução de até 80% na mortalidade por este tipo de câncer a partir do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e o tratamento das lesões precursoras “in situ”. A realização do exame de Papanicolau recomendada é da realização anual para mulheres de 25 a 59 anos, sendo que dois exames normais seguidos aumenta a periodicidade para cada três anos (INCA, 2011).

O exame de Mamografia é o exame utilizado no rastreamento do câncer de mama que é o câncer mais comum entre as mulheres, no mundo. Ainda é a maior causa de morte para as mulheres brasileiras porque, na maioria dos casos, o diagnóstico é tardio. A recomendação é a realização de anual de exame clínico das mamas para mulheres acima de 40 anos e a mamografia, pelo menos a cada dois anos, para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos (INCA, 2011).

Quanto ao câncer de próstata, não existem evidências de que o rastreamento reduza a sua mortalidade. Os fatores que levam a isso para são: o desconhecimento da história natural da doença, a baixa acurácia dos exames de rastreamento ea ausência do tratamento dos casos identificados pelo rastreamento (EURO OBSERVER, apud INCA, 2011). O INCA não recomenda a organização de programas de rastreamento. A realização de exames de prevenção deve ser feita por demanda espontânea.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar mudanças na utilização de serviços de saúde no Município de São Paulo no período de 2003 a 2008, segundo características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Descrever a atenção e assistência médica, decorrente de morbidade aguda, nos anos de 2003 e 2008, segundo características sociodemográfico, de saúde e de estilo de vida.

2.2.2 Descrever o uso de serviços de saúde por pacientes com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus referidos, com idade de 20 anos ou mais, nos anos de 2003 e 2008, segundo características sociodemográficas e de estilo de vida.

2.2.3 Descrever a realização de exames preventivos de papanicolaou, mamografia e de exames de próstata, nos anos de 2003 e 2008, segundo características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida.

2.2.4 Descrever as fontes de pagamento dos serviços de saúde utilizados na morbidade aguda, na morbidade crônica: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e nos exames preventivos: papanicolaou, mamografia e exames de próstata, nos anos de 2003 e 2008.

3. MATERIAL E MÉTODOS

A procura e a utilização de serviços de saúde foram investigadas nos dois inquéritos populacionais da capital, o ISA–Capital: 2003 e o ISA-Capital: 2008, e comparadas, por meio de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça, moradia adequada, escolaridade, atividade econômica, renda per capita familiar e naturalidade do chefe de família), de saúde (presença de hipertensão arterial e diabetes mellitus) e de estilo de vida (obesidade, sedentarismo, tabagismo e etilismo), assim como as fontes de pagamento dos serviços utilizados (SUS, Planos de Saúde e Outros). Três dimensões de contato, entre os usuários e os serviços de saúde, foram selecionadas:

1 – A procura por serviços de saúde decorrente da morbidade aguda, caracterizada pelo relato de problemas de saúde ocorridos nos últimos 15 dias antes da entrevista.

2 – A visita regular ao médico ou aos serviços de saúde pela população adulta, com 20 anos ou mais, portadora de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

3 – A realização de exames preventivos: papanicolaou para mulheres com idade de 20 anos ou mais, mamografia para mulheres com idade de 40 anos ou mais e exames de próstata (toque retal, PSA, ultrassonografia ou biópsia) para homens com idade de 40 anos ou mais.

3.1 ISA – Capital – Inquérito de Saúde da Capital

O ISA – Capital (Inquérito de Saúde da Capital) é um inquérito de saúde de base populacional realizado no município de São Paulo por um grupo de pesquisadores pertencentes as três Universidades Estaduais Paulistas (Universidade de São Paulo [USP], Universidade Estadual Paulista [UNESP], Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP]) e da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo. Estes inquéritos ocorreram nos

anos de 2003 e de 2008. A população de estudo, nos dois inquéritos, foi constituída pelos residentes em área urbana, em domicílios particulares ou coletivos do município de São Paulo. Ambos os inquéritos são estudos de corte transversal, de base populacional, que tiveram a coleta de dados realizada por meio de entrevistas domiciliares.

Como na maioria dos inquéritos de base populacional a metodologia utilizada nos dois inquéritos foi baseada em amostras probabilísticas. Estas metodologias foram semelhantes nos dois anos (2003 e 2008), com diferença no número de setores censitários sorteados, erro de amostragem e também no efeito do desenho. Os planos de amostragem foram por conglomerados e obtida em dois estágios de seleção. No primeiro estágio foram sorteados os setores censitários, no segundo estágio da amostragem foram sorteados os domicílios existentes em cada setor sorteado. Utilizou-se sorteio sistemático nos dois estágios. Em 2003 a amostra foi estratificada em três estratos. A diferenciação dos estratos foi feita pela proporção de chefes de família com nível universitário: menor que 5%; igual ou maior que 5% e menor que 25%; igual ou maior que 25%. Em cada estrato foi sorteado um terço da amostra. Em 2008 não foi feita estratificação da amostra.

Nos inquéritos foram definidos domínios de idade e sexo, para os quais era desejável se obter um tamanho mínimo de amostra. Esses domínios foram: idade menor que 1 ano, idade de 1 a 11 anos, idade de 12 a 19 masculino, idade de 12 a 19 feminino, idade de 20 a 59 masculino, idade de 20 a 59 feminino, idade 60 e mais masculino e idade de 60 e mais feminino. Tanto em 2003, como em 2008, procurou-se obter 400 pessoas por domínio, número obtido por refinamento de cálculo presente no plano amostral dos dois anos (anexo 2). O tamanho da amostra obtida no ano de 2003 foi de 3357 pessoas e no ano de 2008 o tamanho foi de 3271 pessoas.

As informações foram obtidas por entrevistadores treinados, que tinham pelo menos o ensino médio completo e não eram profissionais da área de saúde. As entrevistas foram realizadas no domicílio, por meio de questionário, previamente testado em estudo piloto, estruturado em blocos temáticos, com a maioria das questões fechadas. O questionário foi aplicado

diretamente ao entrevistado ou a sua mãe ou ao responsável nos casos de crianças menores de 12 anos. Cerca de 10% da produção foi avaliada por nova entrevista (parcial) para controle de qualidade, além do controle estatístico que de algumas informações.

As questões foram codificadas diretamente no questionário e digitadas em banco elaborado com o programa Epi Info 6.04b¹ e submetidas à análise de consistência, nos dois inquéritos.

O projeto de pesquisa foi apr¹esentado e aprovado pelas Comissões de Ética das três universidades participantes. Aos entrevistados, foram descritos os objetivos da pesquisa e assegurada a confidencialidade das informações relatadas. Também foi solicitada a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa.

Figura 1 - Blocos Temáticos dos Questionários nos Inquéritos da Capital:

Blocos		Ano - ISA	2003	2008
A	Relação Moradores dos Domicílios Sorteados		X	X
B	Folha de Controle do Entrevistado		X	X
C	Morbidade de 15 Dias/Consequente Uso de Serviços de Saúde		X	X
D	Doenças Crônicas/Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus		X	X
E	Deficiência Física		X	X
F	Acidentes e Violências		X	
G	Utilização de Serviços/Consulta Odontológica e Outros Usos		X	X
H	Exames Preventivos/Papanicolau/Mamografia/Exames de Próstata		X	X
I	Imunização		X	
J	Uso de Medicamentos		X	
K	Hospitalização nos Últimos 12 meses		X	X
L	Estilo de Vida		X	X
M	Saúde Emocional		X	
N	Avaliação em saúde		X	
O	Características Socioeconômicas do Entrevistado		X	X
P	Características da Família e do Domicílio		X	X
Q	Características socioeconômicas do Chefe de Família		X	X
R	Gasto com Saúde		X	X
S	Saúde Materno-Infantil		X	X
T	Programa de Saúde da Família		X	
V	Presença de Animais		X	X
Z	Plano de Saúde			X

* Marcado com X o(s) ano(s) que o bloco foi aplicado.

¹ Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos.

Para este trabalho foram selecionados apenas os blocos temáticos do ISA – Capital que eram comuns aos anos 2003 e 2008, a fim de permitir a comparação dos elementos analisados. Os blocos temáticos dos ISA - Capital estão descritos na figura 1. Em branco, os blocos que não foram selecionados. Os blocos principais, em cor rosa, forneceram questões relacionadas diretamente com o uso de serviços nas as três dimensões da saúde analisadas. Os blocos em amarelo disponibilizaram questões relacionadas às características socioeconômicas e de estilo de vida. O bloco em azul refere-se ao uso de rotina dos serviços de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista. Este último bloco foi selecionado se verificar este uso de rotina dos serviços de saúde por hipertensos e diabéticos.

3.1.1 Blocos utilizados para análises

No **bloco – C**, Morbidade de 15 dias, obteve-se as questões relacionadas à morbidade aguda e, num sub-bloco C_, ao uso de serviços de saúde decorrente desta morbidade.

No **bloco - D**, Doenças Crônicas, obteve-se informações sobre a prevalência referida de hipertensão e diabetes e, em dois sub-blocos específicos D1 e D2, questões sobre o acompanhamento destas doenças.

No **Bloco – H**, Exames Preventivos, obteve-se informações sobre a realização de papanicolau, mamografia e exames para próstata. Não foram analisados exames preventivos para câncer de intestino, pois esta investigação só ocorreu no ISA-Capital de 2008.

No **bloco – G**, Utilização de Serviços, temos o sub-bloco de uso de serviços de saúde para outros motivos (para procedimentos de rotina nos últimos 15 dias), que fornece informações sobre o uso de serviços por portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus..

Os **blocos A, B, O** apresentaram questões relacionadas às características demográficas e socioeconômicas do entrevistado. O **bloco Q**

apresentou informações socioeconômicas do chefe de família. O **bloco P** trouxe informações sobre as características da família e do domicílio.

O **bloco L** apresentou questões relacionadas ao estilo de vida, como atividade física, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas pelo entrevistado, além de informações sobre o seu peso e a sua altura.

3.2 Definição das Variáveis

Para este trabalho, as variáveis de interesse foram obtidas do banco de dados do ISA – Capital 2003 e 2008, por meio do programa STATA 10.0. Foram utilizadas questões do questionário ISA – Capital 2003 e 2008, cujos blocos de interesse encontram-se no anexo - 1. As variáveis foram construídas a partir das próprias questões, ou pela (re)categorização destas questões ou, ainda, pela associação de várias questões.

3.2.1 Variáveis Demográficas, Socioeconômicas e de Estilo de Vida

- IDADE:

obtida por meio das questões B07 (2003) e B04 (2008);

- SEXO:

obtida das questões B08 (2003) e B05 (2008);

- RAÇA:

obtida das questões B09 (2003) e B06 (2008);

- ESCOLARIDADE DO ENTREVISTADO OU DO CHEFE DE FAMÍLIA:

obtida a partir das questões O06 e Q08 e corresponde a escolaridade do entrevistado, caso sua idade seja igual ou superior a 20 anos, ou a escolaridade do chefe de família, caso sua idade seja menor do que 20 anos;

- MORADIA ADEQUADA:

obtida das questões P09, P14, P15, P16 e P18. Caracteriza o domicílio como adequado caso seja casa ou apartamento, tenha abastecimento de

água e esgoto, tenha banheiro interno e iluminação elétrica. Será inadequada a moradia que não tiver uma ou mais das características citadas para moradia adequada.

- NATURALIDADE DO CHEFE DE FAMÍLIA:

obtida a partir da questão Q05;

- OCUPAÇÃO DO ENTREVISTADO OU DO CHEFE DE FAMÍLIA:

obtida a partir das questões Q07 e Q09 e corresponde a atividade econômica do entrevistado, caso sua idade seja igual ou superior a 20 anos, ou a atividade do chefe de família, caso sua idade seja menor do que 20 anos;

- RENDA PER CAPITA FAMILIAR:

obtida a partir das questões B25a, Q25b, Q25c, Q25d, Q25e, Q25f e Q25g, B12;

- SEDENTARISMO:

obtida a partir das questões L17a, L18a e L19a e foi analisada quando o entrevistado apresentava idade de 12 anos ou mais.

- ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC):

obtida das questões L02 (altura) e L03 (massa) através da relação da massa em (kg) e o quadrado da altura em (m). Também foi analisada quando o entrevistado tinha idade de 12 anos ou mais.

- OBESIDADE:

obtida a partir da variável IMC tendo o seu valor $30\text{kg}/\text{m}^2$ como referência. A partir deste valor, obesidade. Abaixo, não obeso;

- HISTÓRIA DE TABAGISMO:

obtida da questão L22 e analisada quando o entrevistado tinha idade de 12 anos ou mais. Foi considerada positiva para os entrevistado que fuma ou que já fumou ao menos algum cigarro por dia, todos os dias durante ao menos um mês;

- DEPENDÊNCIA DE BEBIDA ALCÓOLICA:

obtida das questões L37, L38, L39 e L40, seguindo a classificação CAGE (MASUR, et al., 1985).

3.2.2 Variáveis da Assistência a Morbidade Aguda

- **PROBLEMAS DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS (AGUDO):**
obtida a partir da questão C01;
- **PROCURA POR AJUDA FRENTE A PROBLEMAS DE SAÚDE AGUDO:**
obtida a partir da questão C04_;
- **PROCURA POR SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE OS QUE PROCURAM POR AJUDA:**
obtida a partir da questão C05_;
- **OBTENÇÃO DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE PROCURADO:**
obtida a partir da questão C09_;
- **TIPO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PROCURADO:**
obtida da questão C06_, em: UBS/PSF; PS/Hospital; Ambulatório; Consultório; AMA/PA;
- **FONTE DE PAGAMENTO DO ATENDIMENTO RECEBIDO:**
obtida a partir da questão C12_;

3.2.3 Variáveis da Prevalência, Diagnóstico e Acompanhamento dos Pacientes com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus

- **PREVALÊNCIA REFERIDA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (HAS) ENTRE PESSOAS COM IDADE DE 20 ANOS OU MAIS:**
obtida a partir da questão D02;
- **PREVALÊNCIA REFERIDA DE DIABETES MELLITUS (DM) ENTRE PESSOAS COM IDADE DE 20 ANOS OU MAIS:**
obtida a partir da questão D03;
- **ORIGEM DO DIAGNÓSTICO DE HAS E/OU DM PELOS PORTADORES COM IDADE DE 20 ANOS OU MAIS:**
obtida a partir das questões D02.1 para HAS e D02.2 para DM;
- **VISITA REGULAR AO MÉDICO/SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS PACIENTES DE HAS E/OU DM COM IDADE DE 20 ANOS OU MAIS:**

obtida a partir das questões D05.1 para HAS e D05.2 para DM;

- PROCURA POR SERVIÇOS DE SAÚDE PARA PROCEDIMENTOS DE ROTINA PELOS PACIENTES DE HAS E/OU DM COM IDADE DE 20 ANOS OU MAIS, NOS ÚLTIMOS 15 DIAS:

obtida a partir das questões D02, D03 e G11. Na questão G11 foi excluído os portadores de HAS e de DM que procuraram os serviços de saúde para realização de pré-natal, puericultura, parto e vacinação.

- ESTABELECIMENTO PROCURADO PARA PROCEDIMENTO DE ROTINA NOS ÚLTIMOS 15 DIAS POR PACIENTES COM HAS E DM, COM 20 ANOS OU MAIS:

obtida a partir das questões D02, D03 e G03_, em: UBS/PSF, PS/Hospital, ambulatório, Consultório, AMA/PA e outros.

- FONTE PAGADORA DO ATENDIMENTO RECEBIDO NO PROCEDIMENTO DE ROTINA, NOS ÚLTIMOS 15 DIAS, PELOS PACIENTES DE HAS E DM COM IDADE DE 20 ANOS OU MAIS:

obtida a partir das questões D02, D03 e G08_.

3.2.4 Variáveis Relacionadas à Realização de Exames Preventivos:

Papanicolaou, Mamografia e Exames de Próstata

- REALIZAÇÃO DE PAPANICOLAOU ENTRE MULHERES COM IDADE DE 20 ANOS OU MAIS:

obtida a partir da questão H01;

- MULHERES COM IDADE DE 20 ANOS OU MAIS QUE FIZERAM O ÚLTIMO PAPANICOLAOU ANTES DE TRÊS ANOS DA ENTREVISTA:

obtida a partir da questão H02;

- SISTEMA DE SAÚDE QUE REALIZOU O ÚLTIMO PAPANICOLAOU EM MULHERES COM IDADE DE 20 ANOS OU MAIS:

obtida da questão H04;

- REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA EM MULHERES COM IDADE DE 40 ANOS OU MAIS:

obtida a partir da questão H10;

- **MULHERES COM IDADE DE 40 ANOS OU MAIS QUE FIZERAM A ÚLTIMA MAMOGRAFIA ANTES DE TRÊS ANOS DA ENTREVISTA:**
obtida a partir da questão H10;
- **FONTE PAGADORA DA ÚLTIMA MAMOGRAFIA EM MULHERES DE 40 ANOS OU MAIS:**
obtida a partir da questão H13;
- **REALIZAÇÃO DE EXAME DE PRÓSTATA POR HOMENS COM IDADE DE 40 ANOS OU MAIS:**
obtida a partir da questão H14;
- **TIPO DE EXAME DE PRÓSTATA REALIZADO NO ÚLTIMO EXAME:**
obtida a partir da questão H15.
- **HOMENS COM IDADE DE 40 ANOS OU MAIS QUE FIZERAM ALGUM EXAME PARA PRÓSTATA ANTES DE TRÊS ANOS DA ENTREVISTA:**
obtida a partir da questão H16;
- **FONTE PAGADORA DO ÚLTIMO EXAME DE PRÓSTATA EM HOMENS COM IDADE DE 40 ANOS OU MAIS:**
obtida a partir da questão H19;

3.3 Análises dos Dados

Para a análise dos dados utilizou-se o programa Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos) que possibilitou considerar as variáveis do plano complexo de amostragem: estratos, conglomerados e ponderações, através do módulo survey.

O uso de serviços de saúde por características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida, foi, inicialmente, analisado pela descrição destas composições (prevalências de categorias de variáveis selecionadas), nos anos de 2003 e 2008. Na morbidade aguda, a população alvo foram os que procuraram ajuda nos serviços de saúde. Na morbidade crônica, hipertensão arterial e diabetes mellitus referidos, a população alvo foram os portadores, com idade de 20 anos ou mais, que referiram fazer visitas regulares ao médico ou aos serviços de saúde para acompanhamento das suas doenças.

Nos exames preventivos, a população alvo foram pessoas que realizaram o último exame de papanicolau (mulheres com idade de 20 anos ou mais), de mamografia (mulheres com idade de 40 anos ou mais) e de próstata (homens com idade de 40 anos ou mais) em tempo inferior a três anos à data da entrevista.

Posteriormente foram criadas taxas de uso de serviços de saúde e analisadas nas mesmas categorias sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida. Na morbidade aguda, a proporção (taxa) deste uso foi: procura por serviços de saúde entre os que procuraram por alguma ajuda; na morbidade crônica (hipertensão e/ou diabetes), a proporção (taxa) deste uso foi: portadores que visitam regularmente médico ou serviços de saúde entre todos portadores destas doenças, com idade de 20 anos ou mais e nos exames preventivos (papanicolaou, mamografia e próstata) esta proporção (taxa) de uso foi: os que fizeram o último exame em tempo inferior a três anos da entrevista, em relação à respectiva população alvo: mulheres com idade de 20 anos ou mais para o papanicolaou, mulheres com 40 anos ou mais para a mamografia e homens com 40 anos ou mais para algum dos exames de próstata (toque retal, PSA, Ultrassonografia ou biópsia).

Inicialmente a identificação destas diferenças foi obtida diretamente pela comparação destas proporções com seus respectivos intervalos de confiança (o nível de confiança foi de 95% fornecido pelo programa estatístico Stata 9.0.).

Nestas comparações, utilizando-se a *arguição da igualdade* (PEREIRA, 2010), foi considerado que não existiu diferença quando ocorreu grande sobreposição dos intervalos de confiança, de modo que as médias (neste caso, proporções) dos dois anos, 2003 e 2008, ficaram pertencendo ao intervalo comum da sobreposição, figura 2b. Não ocorrendo nenhuma sobreposição dos intervalos de confiança, figura 2a, a diferença entre os anos foi considerada significativa.

Quando a sobreposição dos intervalos de confiança ocorreu, mas foi pequena, de modo que as proporções não chegaram a pertencer ao intervalo comum desta sobreposição, figura 2c, utilizou-se a *arguição da*

diferença para melhor ajuizar sobre a igualdade ou diferença das proporções comparadas. Desta forma, o erro β cometido em considerar como não diferença o que pode ser diferente (só pelo fato de existir pequena sobreposição de intervalos) ficou menor. Foram realizados testes de hipótese para estes casos com nível de significância (α) de 5%. Sendo duas populações diferentes no tempo, mas com variâncias conhecidas e com distribuição de frequência da diferença normal, utilizou-se o teste Z (PEREIRA, 2010). O Programa Stata forneceu o erro padrão e, a partir dele, calculamos a diferença padronizada com a seguinte fórmula:

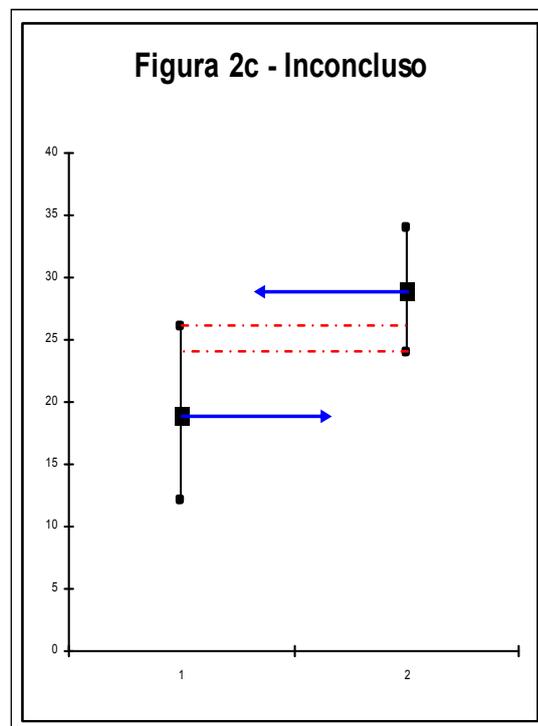
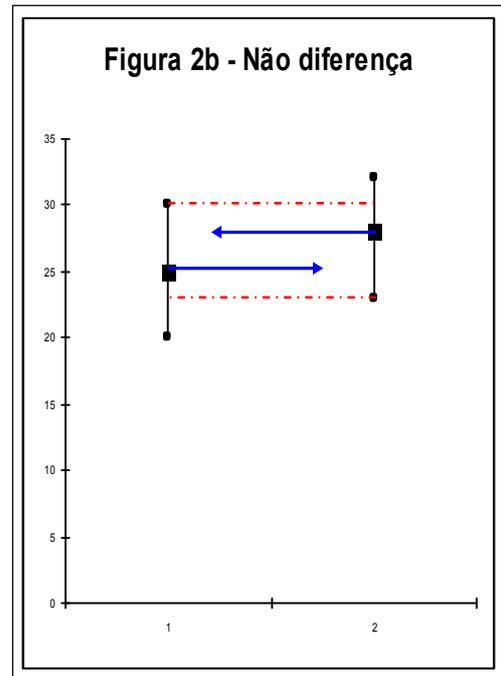
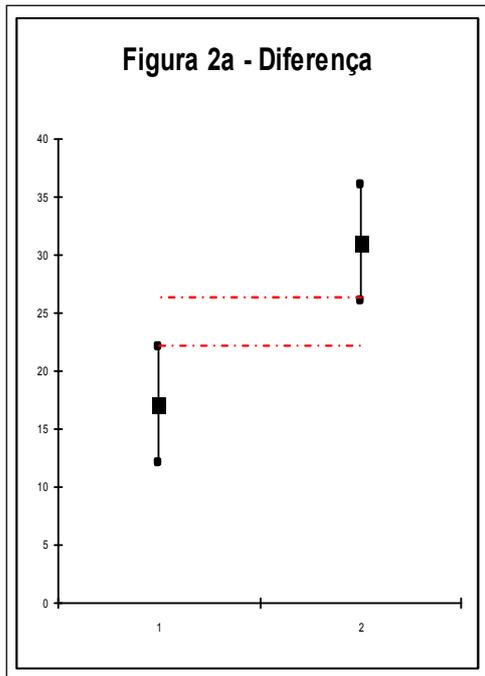
$$Z_{res_{diferença}} = (d_{proporções}) / (ep_{diferenças})$$

Sendo:

$Z_{res_{diferença}}$: resíduo padronizado da diferença

$d_{proporções}$: diferença entre as proporções de 2003 e 2008

$ep_{diferenças}$: erro padrão da diferença (fornecido pelo programa estatístico)



4. RESULTADOS

4.1 Procura por serviços de saúde na morbidade aguda.

No ano 2003, 994 entrevistados afirmaram que tiveram algum problema relacionado com sua saúde no período de 15 dias antes da entrevista (morbidade aguda), isto representou parcela de 28,8% (CI95%: 25,6 – 32,1) da população. Desta parcela, 58,2% (CI95%: 52,8 – 63,4) procuraram algum tipo de ajuda e, entre os que procuraram alguma ajuda, 76,1% (CI95%: 67,1 – 83,2) a procuraram nos serviços de saúde.

Em 2008 estas mesmas variáveis tiveram os seguintes valores, conforme se observa na tabela 1: Problema de Saúde nos últimos 15 dias, 726 pessoas, que correspondeu à parcela de 20,9% (CI95%: 18,7 – 23,2) da população; procura por alguma ajuda 60,7% (CI95%: 53,7 – 67,2) desta parcela e procura por serviços de saúde para esta ajuda, 89,8% (CI95%: 84,3 – 93,5).

A proporção de atendimentos nos serviços de saúde procurados devido à morbidade aguda foi, em 2003, de 94,9% (CI95%: 90,5 – 97,3) e, em 2008, de 95,6% (CI95%: 91,2 – 97,8). Não há, portanto, diferença estatística significativa neste acolhimento. Já era alto em 2003 e continuou alto em 2008.

As figuras 3a, 3b e 3c representam, por intervalos de confiança, os que referiram morbidade nos 15 dias que antecederam a entrevista, os que procuraram por alguma ajuda diante desta morbidade aguda e os que procuraram esta ajuda nos serviços de saúde, respectivamente, em 2003 e 2008. Diminuiu significativamente a referência de morbidade nos 15 dias que antecederam a entrevista, sem sobreposição dos intervalos de confiança. A procura por ajuda, seja nos serviços de saúde ou não, ao contrário, teve expressiva sobreposição destes intervalos, indicando apenas variação aleatória destes valores. A procura por ajuda nos serviços de saúde apresentou, diferença significativa, com aumento desta procura no ano de 2008 com relação a 2003.

Tabela 1 – Problemas de saúde ocorridos no período de 15 dias antes da entrevista (Morbidade Aguda) e a procura por serviços de saúde – ISA: 2003 e 2008.

	*%	IC95%	n
Ocorrência de Problema(s) de Saúde nos Últimos 15 Dias			
2003	28,8	25,6 - 32,1	994
2008	20,9	18,7 - 23,2	726
Procura por Ajuda			
2003	58,2	52,8 - 63,4	613
2008	60,7	53,7 - 67,2	448
Procura por Serviços de Saúde			
2003	76,1	67,1 - 83,2	485
2008	89,8	84,3 - 93,5	398
Atendimento no Serviço Procurado			
2003	94,9	90,5 - 97,3	466
2008	95,6	91,2 - 97,8	386

* - leva em consideração as ponderações das amostras probabilísticas

n - número de observações na amostra

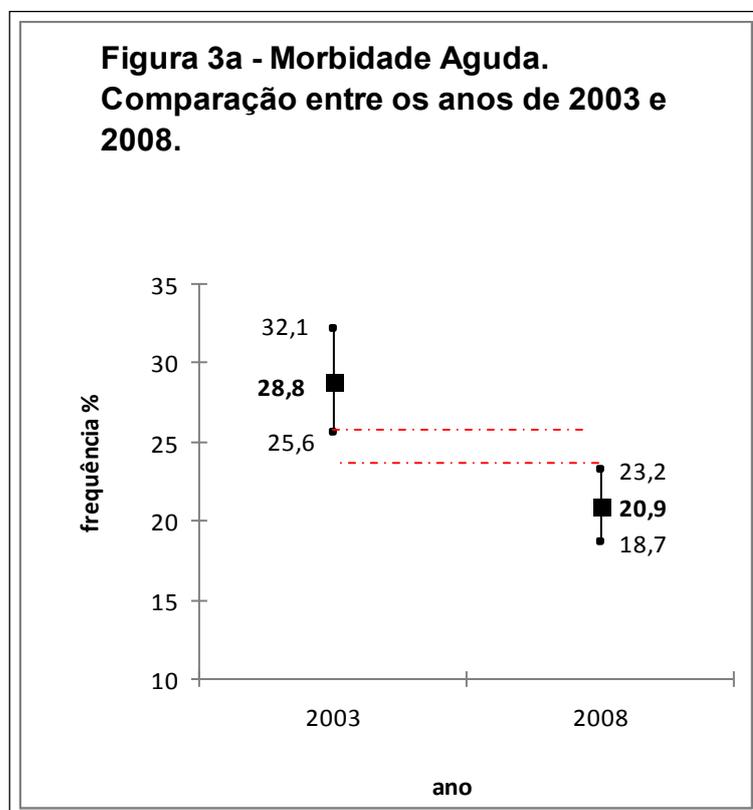


Figura 3b - Procura por algum tipo de ajuda na Morbidade Aguda. Comparação entre os anos de 2003 e 2008

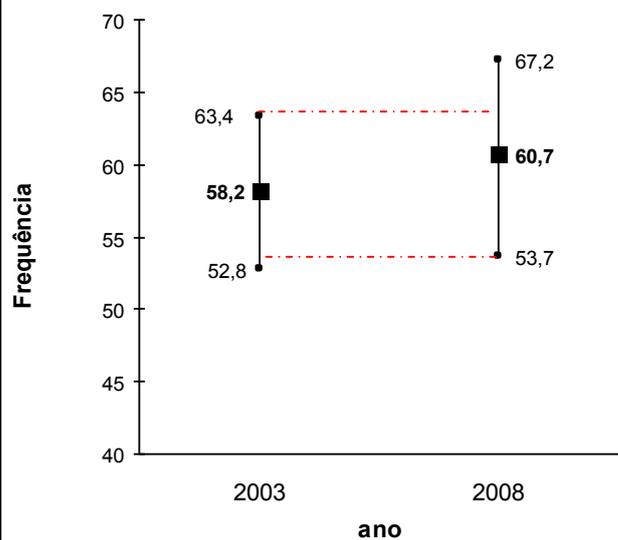
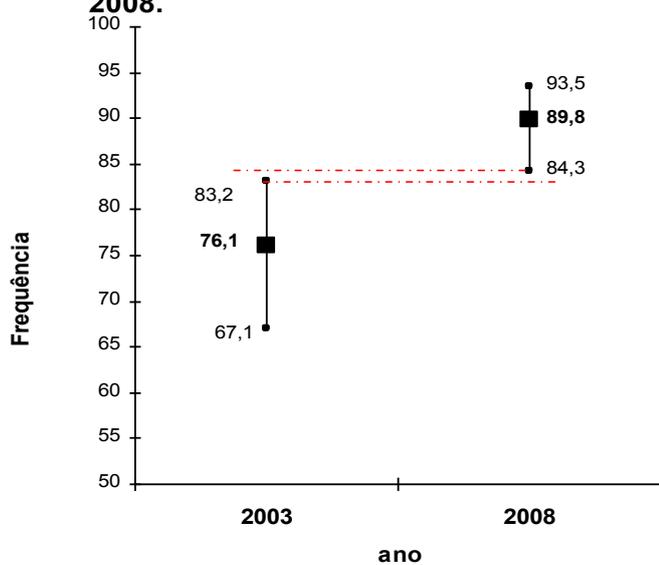


Figura 3c - Procura por Serviços de Saúde entre os que procuram por alguma ajuda na morbidade aguda. Comparação entre os anos de 2003 e 2008.



Na Tabela 2 temos a descrição das características sociodemográficos, de saúde e de estilo de vida das pessoas que tiveram problemas de saúde e procuraram serviços de saúde para receber assistência médica, nos 15 dias que antecederam a entrevista. Ocorreram poucas mudanças significativas na composição das variáveis analisadas nestes dois anos.

Pode se observar, nesta tabela 2, que existe diferença significativa entre os que procuram por serviços de saúde quanto ao sexo, sendo maior a proporção de mulheres nos dois anos de estudo. A proporção de crianças até quatro anos também é muito maior do que a sua proporção na população em geral, tanto em 2003 como em 2008. Isto está de acordo do que já é bem conhecido no uso de serviços de saúde, que é a preocupação com faixas etárias mais vulneráveis.

A maior parte das pessoas que procuram os serviços de saúde são brancos e moram em domicílio adequado, mas ocorreu mudança na estrutura desta última variável, diminuiu a proporção, em 2008, dos que moram em domicílio inadequado. Também ocorreu mudanças significativas na composição da escolaridade, diminuiu a proporção de pessoas com menos escolaridade e aumentou ainda mais as que têm escolaridade média, que já eram a maioria no ano de 2003.

Não ocorreram mudanças na composição das variáveis ocupação econômica e da renda per capita familiar. A maior parte da procura por serviços de saúde eram de pessoas ou chefes de família com atividade econômica e com renda per capita familiar maior que meio salário mínimo até dois e meio salários mínimos.

A naturalidade do chefe de família não apresentou diferença na sua composição entre 2003 e 2008, sendo que, aproximadamente, a metade dos que procuraram os serviços saúde, o chefe de família era natural do estado de São Paulo.

Aumentou a proporção de pessoas que se declararam hipertensas entre os que procuraram os serviços de saúde. O mesmo não ocorreu aos que referiram ser portadores de diabetes.

Tabela 2 - Características sociodemográfico, de saúde e de estilo de vida da população que procurou por serviços de saúde na morbidade aguda. ISA – Capital: 2003 e 2008.

Variável	Ano		2003		2008		Valor P
	%	IC95%	n	%	IC95%	n	
Sexo							
Masculino	37,9	30,9 - 45,3	211	45,0	39,6 - 50,6	164	0,0576
Feminino	62,1	54,7 - 69,1	274	55,0	49,4 - 60,4	234	0,0576
	100,0			100,0			
Idade (anos)							
0 até 4	18,1	13,9 - 23,4	183	17,7	12,8 - 24,1	85	
5 até 19	22,9	17,9 - 28,7	105	18,3	14,5 - 22,9	70	
20 até 59	48,0	41,0 - 55,2	87	51,6	45,4 - 57,7	123	
60 ou mais	11,0	8,0 - 14,8	110	12,4	9,7 - 15,7	120	
	100,0			100,0			
Raça							
Branca	62,0	55,0 - 67,5	311	61,5	53,9 - 68,5	247	
Não Branca	38,0	32,4 - 44,0	172	38,5	31,5 - 46,1	150	
	100,0			100,0			
Domicílio Adequado							
**Sim	85,0	76,4 - 90,8	407	92,1	85,7 - 95,8	346	0,0491
**Não	15,0	9,2 - 23,6	68	7,9	4,2 - 14,3	44	0,0491
	100,0			100,0			
Escolaridade (anos)							
**de 0 até 4	33,4	26,9 - 40,5	184	20,6	15,9 - 26,3	138	0,0001
**de 5 até 11	46,4	38,4 - 54,6	216	59,5	52,3 - 66,3	203	0,0077
Técnica/ 12 ou mais	20,2	15,3 - 26,2	77	19,9	13,3 - 28,7	54	
	100,0			100,0			
Ocupação Econômica							
Com atividade	70,0	62,5 - 76,5	322	74,7	69,9 - 78,9	284	
Sem atividade	16,1	11,5 - 22,2	96	13,5	10,0 - 17,4	100	
Desempregado	13,9	8,8 - 21,3	65	12,0	8,7 - 16,4	59	
	100,0			100,0			
Renda Per Cap Fam							
de 0 até 0,5 SM	27,6	22,0 - 34,0	142	26,1	19,6 - 33,8	121	
> que 0,5 até 2,5 SM	50,2	43,2 - 57,2	255	54,8	47,6 - 61,9	223	
mais que 2,5 SM	22,2	16,4 - 29,2	88	19,1	12,6 - 27,9	54	
	100,0			100,0			
Naturalidade Chefe							
Estado de S.P.	51,4	44,6 - 58,2	244	59,4	51,9 - 66,4	218	0,0563
Outros Estados/Países	48,6	41,9 - 55,4	231	40,6	33,6 - 48,1	176	0,0563
	100,0			100,0			
Hipertensão							
**Não	84,6	78,3 - 89,4	409	78,4	74,2 - 82,1	281	0,0322
**Sim	15,4	10,6 - 21,7	73	21,6	17,9 - 25,8	117	0,0322
	100,0			100,0			
Diabetes							
Não	95,3	91,5 - 97,5	457	94,8	92,3 - 96,5	358	
Sim	4,7	2,5 - 8,5	24	5,2	3,5 - 7,7	40	
	100,0			100,0			
Sedentarismo							
Não	27,5	20,6 - 35,5	89	34,4	27,0 - 42,5	95	
Sim	72,5	64,5 - 79,3	175	65,6	57,5 - 73,0	191	
	100,0			100,0			
Obesidade							
Não	84,3	77,4 - 89,4	203	84,8	76,2 - 90,7	229	
Sim	15,7	10,6 - 22,6	27	15,2	9,3 - 23,8	44	
	100,0			100,0			
Tabagismo							
Não	61,4	54,4 - 68,0	172	56,2	48,0 - 64,1	175	
Sim	38,6	32,0 - 45,6	91	43,8	35,9 - 52,0	111	
	100,0			100,0			
CAGE							
Positivo	13,1	6,9 - 23,2	16	15,4	8,7 - 25,7	19	
Negativo	86,9	76,8 - 93,1	93	84,6	74,3 - 91,3	121	
	100,0			100,0			

* leva em consideração as ponderações das amostras probabilísticas

**categorias com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

Tabela 3 - Proporção da procura de serviços de saúde entre os que procuram por alguma ajuda, devido à morbilidade aguda, por características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida. ISA -Capital: 2003 e 2008.

	Proporções		Intervalos de Confiança			
	2003 *%	2008 *%	95%		n	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Sexo						
**Homem	70,0	88,6	58,7 - 79,3	81,9 - 93,0	211	164
**Mulher	80,3	90,8	70,4 - 87,4	84,5 - 94,7	273	234
Idade						
**0 - 4	92,6	99,7	80,6 - 97,4	98,1 - 100,0	183	85
**5 - 19	64,4	81,0	52,6 - 74,7	69,0 - 89,1	105	70
**20 - 59	75,7	90,0	64,2 - 84,4	81,6 - 94,9	87	123
60 ou +	84,8	90,3	74,9 - 91,2	82,8 - 94,8	110	120
Raça						
**Branco	75,6	90,2	65,4 - 83,5	83,5 - 94,3	311	247
**Não Branco	76,8	89,1	65,6 - 85,1	79,7 - 94,5	172	150
Domicílio						
**Adequado	74,1	89,8	64,6 - 81,8	83,9 - 93,7	407	346
Não Adequado	84,9	87,3	66,8 - 94,0	63,8 - 96,4	68	44
Escolaridade						
0 - 4.	79,2	85,9	66,2 - 88,1	75,9 - 92,2	184	138
**5 - 11	74,2	90,0	62,6 - 83,2	83,8 - 94,0	216	203
**Tec/12 ou +	74,4	93,1	60,7 - 84,5	78,8 - 98,0	77	54
Ocupação Económica						
**Com atividade	74,6	88,9	66,2 - 81,4	82,4 - 93,2	322	247
Sem atividade	86,9	92,3	74,2 - 93,9	83,4 - 96,7	96	91
**Desempregado	72,6	94,1	47,1 - 88,7	83,0 - 98,1	65	56
Naturalidade Chefe de Família						
**Do estado de S.P.	80,9	93,5	69,6 - 88,6	87,9 - 96,7	244	218
**Outras Localidades	71,3	85,3	59,8 - 80,5	76,3 - 91,2	231	176
Renda Per Capita Familiar						
**Menos 0,5 SM	73,4	94,2	60,3 - 83,4	88,8 - 97,1	142	121
**de 0,5 até 2,5 SM	79,1	88,7	68,3 - 86,9	82,3 - 92,7	255	223
**Mais de 2,5 SM	73,0	87,2	58,5 - 83,8	70,8 - 95,1	88	54
Hipertensão Arterial						
**Sim	88,4	97,2	73,5 - 95,5	93,5 - 98,8	73	117
**Não	74,1	87,9	64,7 - 81,7	81,3 - 92,4	409	281
Diabetes Mellitus						
Sim	87,8	96,3	51,3 - 98,0	84,3 - 99,2	24	40
**Não	75,4	89,4	66,0 - 82,8	83,8 - 93,3	457	358
Estilo de Vida						
Obesidade	97,6	87,3	89,9 - 99,4	62,3 - 96,6	27	44
**Sedentarismo	73,6	91,6	62,2 - 82,6	85,9 - 95,2	310	207
**Tabagismo	78,5	93,4	65,5 - 87,6	86,4 - 96,9	91	111
CAGE Positivo	80,9	85,0	53,4 - 94,0	55,3 - 96,3	16	19

* - Leva em consideração as ponderações da amostra

** categorias com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

Com relação as variáveis do estilo de vida, nenhuma apresentou mudança significativa na composição. A maior parcela das pessoas são sedentárias, em torno de 15% são obesas, cerca de 40% têm história de tabagismo e os que apresentaram características de dependência de bebida alcoólica chegam aos 15%.

A tabela 3 apresenta a proporção de procura por serviços de saúde entre os que procuraram por ajuda na morbidade aguda. Esta proporção está apresentada por categorias dos perfis sociodemográficos, de saúde (hipertensão e diabetes) e da presença de estilo de vida considerado como de risco (sedentarismo, obesidade, tabagismo e dependência de bebida alcoólica). Como no total ocorreu aumento pela procura por serviços de saúde entre os que procuram por ajuda, poucas categorias que não acompanharam este aumento. Estas categorias, que não sofreram variação, foram: a faixa etária dos idosos (pessoas com idade de 60 anos ou mais); a dos que não moram em domicílio adequado; a dos que possuem menos escolaridade (até 4 anos de estudo); a dos que não têm atividade econômica; a dos diabéticos; a dos obesos e a dos dependentes de bebida alcoólica. Algumas categorias apresentaram a taxa de procura acima da média nos dois anos de estudo: a faixa etária de crianças até anos, os portadores de hipertensão e os portadores de diabetes.

A tabela 4 apresenta a distribuição da demanda assistida por tipo de estabelecimento procurado. Em 2003 a participação dos Prontos Socorros e Hospitais no atendimento foi muito expressiva e correspondeu a 50,0% (CI95%: 42,4 - 57,7) de todos os atendimentos nos serviços de saúde. No ano de 2008, esta participação teve queda significativa para 29,3% (CI95%: 23,1 – 36,4). No mesmo período, no entanto, as unidades básicas de saúde e os ambulatórios tiveram aumentos significativos das suas demandas. Os ambulatórios passaram de 3,6% (CI95%: 1,3 – 9,6) em 2003, para 10,9% (CI95%: 7,5 – 15,5) em 2008. As UBS passaram de 23,3% (CI95%: 18,1 – 29,4) em 2003 para 37,9% (CI95%: 30,0 – 46,6) em 2008.

A figura 4 representa, por intervalos de confiança, a queda na procura dos PS e Hospitais e o aumento na procura das UBS e Ambulatórios, na

morbidade aguda, entre os anos de 2003 e 2008. Na figura 5, visto de outra forma, temos o gráfico com a participação dos diversos tipos de estabelecimentos de saúde no atendimento da morbidade aguda, também nestes dois anos de estudo. Nesta figura 6 temos a noção do redirecionamento da procura por assistência médica que ocorreu nestes anos.

Tabela 4 - Estabelecimentos procurados para assistência médica devido à morbidade aguda. ISA Capital: 2003 e 2008.

	*%	IC95%	n
Estabelecimento de Saúde Procurado: UBS/PSF/AMA/PA			
2003	23,3	18,1 - 29,4	124
2008	37,9	30,0 - 46,6	152
Estabelecimento de Saúde Procurado: PS/Hospital			
2003	50,0	42,4 - 57,5	232
2008	29,3	23,1 - 36,4	107
Estabelecimento de Saúde Procurado: Ambulatório			
2003	3,6	1,3 - 9,6	14
2008	10,9	7,5 - 15,5	48
Estabelecimento de Saúde Procurado: Consultório			
2003	23,1	18,3 - 28,7	108
2008	21,9	16,5 - 28,5	89

* - leva em consideração as ponderações das amostras probabilísticas

n - número de observações na amostra

Figura 4 - Participação dos PS/Hospitais, Ambulatórios e UBS, na morbidade aguda. Comparação entre os anos de 2003 e 2008.

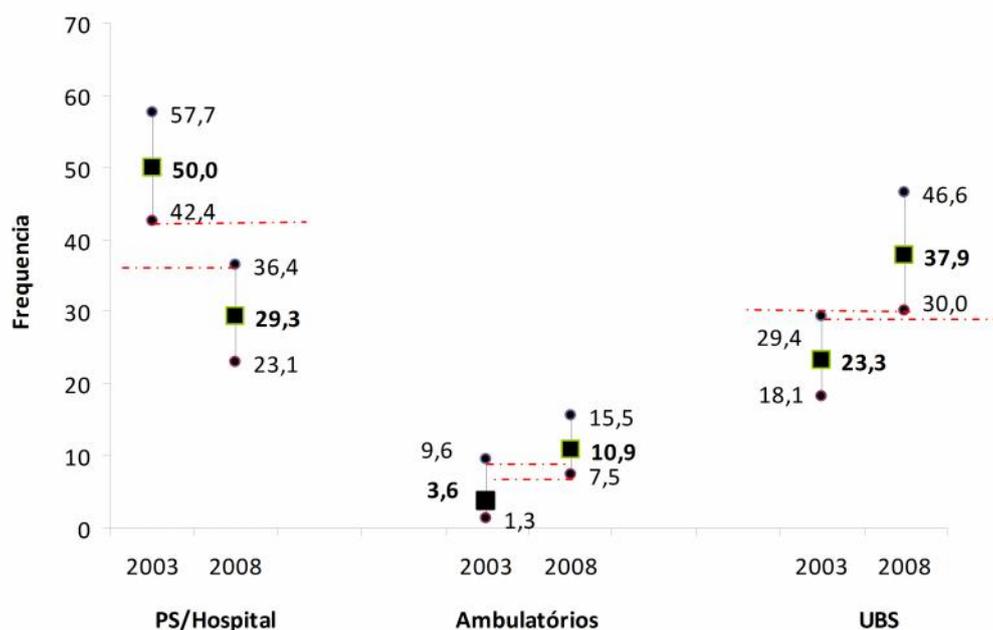
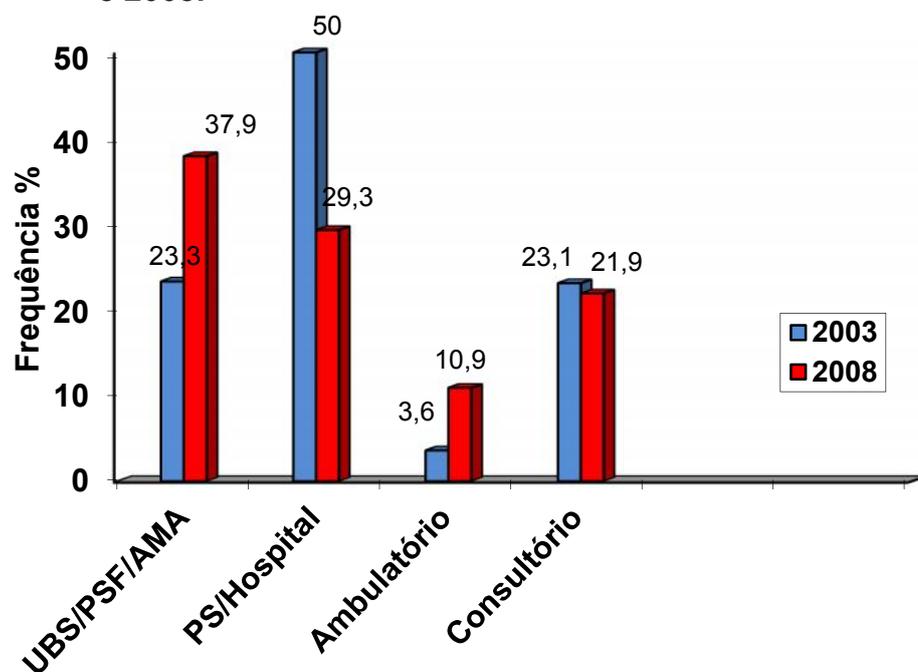


Figura 5 - Estabelecimentos de saúde procurados na assistência da morbidade aguda. Comparação entre 2003 e 2008.



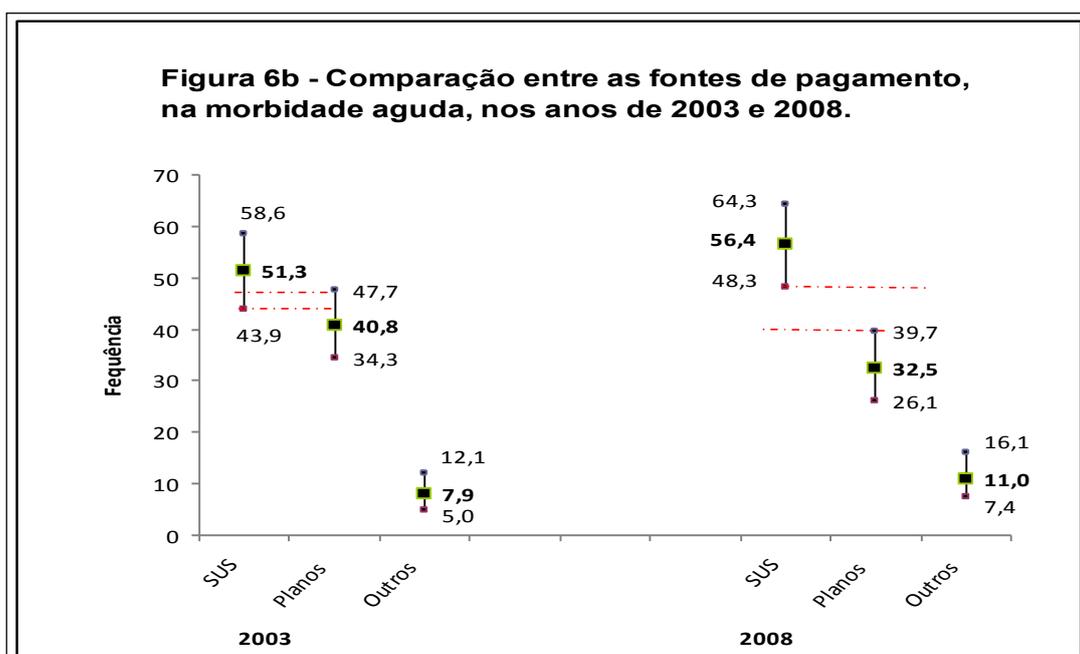
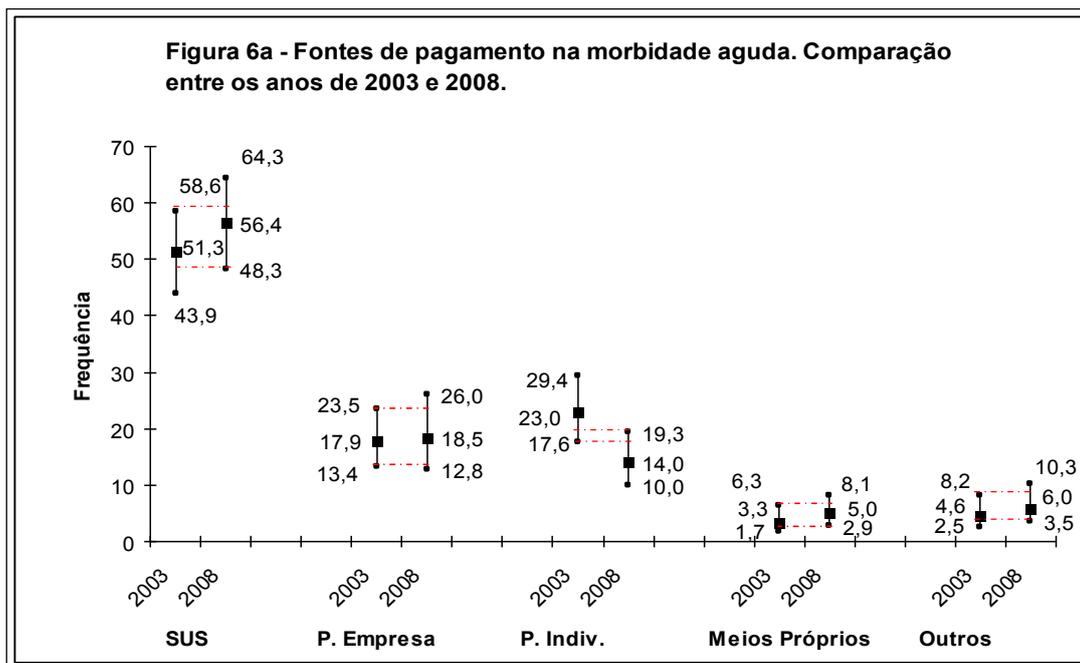
A tabela 5 apresenta a participação das fontes de financiamento da assistência médica no atendimento da morbidade aguda. Pode-se verificar que o SUS foi a principal fonte pagadora, responsável por 51,3% (CI95%: 43,9 – 58,6) dos atendimentos em 2003 e por 56,4% (CI95%: 48,3 – 64,3) em 2008. Quanto aos Planos de Saúde (Empresarial e/ou Individual), esses números foram de 40,8% (CI95%: 34,3 – 47,7) em 2003 e de 32,5% (CI95%: 26,1 – 39,7) em 2008. Quando se compara o SUS com o próprio SUS, não se nota diferença estatística significativa entre os dois anos, embora tenha ocorrido aumento nos percentuais, o mesmo ocorreu com os Planos de Saúde, também não ocorreu diferença significativa, apesar da diminuição dos percentuais. Desmembrando a participação dos planos de saúde em planos empresariais e individuais, observa-se que teve diminuição significativa para os planos individuais, apesar de existir pequena sobreposição dos intervalos de confiança, verificada na figura 6a.

Tabela 5 - Fontes de Pagamento para assistência médica devido à morbidade aguda. ISA Capital: 2003 e 2008.			
	*%	IC95%	n
Pagamento do Atendimento pelo SUS			
2003	51,3	43,9 - 58,6	254
2008	56,4	48,3 - 64,3	222
Pagamento do Atendimento pelo Plano de Saúde			
2003	40,8	34,3 - 47,7	175
2008	32,5	26,1 - 39,7	123
Pagamento do atendimento por plano de saúde empresarial			
2003	17,9	13,4 - 23,5	72
2008	18,5	12,8 - 26,0	59
Pagamento do atendimento por plano de saúde individual			
2003	23,0	17,6 - 29,4	103
2008	14,0	10,0 - 19,3	64
Pagamento do atendimento por meios próprios			
2003	3,3	1,7 - 6,3	18
2008	5,0	2,9 - 8,4	21
Pagamento do atendimento por outros meios			
2003	4,6	2,5 - 8,2	19
2008	6,0	3,5 - 10,3	18

* - leva em consideração as ponderações das amostras probabilísticas

n - número de observações na amostra

Quando se compara a diferença da participação do SUS com a participação dos planos de saúde (empresarial e individual), nota-se que, já em 2003, a participação do SUS era significativamente maior, apesar de existir pequena sobreposição dos intervalos de confiança. Em 2008 esta diferença aumentou e nem mesmo a pequena sobreposição que havia ocorreu, figura 6b.



4.2 Utilização de serviços de saúde por Hipertensos e/ou diabéticos, com idade de 20 anos ou mais.

De acordo com a Tabela 6, a prevalência de Hipertensão Arterial referida no município de São Paulo pela população adulta com idade de 20 anos ou mais, que era de 17,2% (CI95%: 14,8 – 19,9) em 2003, aumentou para 21,7% (CI95%: 19,8 – 23,8) em 2008. Pode-se constatar graficamente, figura 8, que a sobreposição dos intervalos de confiança é mínima. O teste de hipótese Z, com significância de 0,05, confirmou estatisticamente a diferença, entre os dois anos. A prevalência referida de Diabetes Mellitus pela população adulta com idade de 20 anos ou mais não teve diferença significativamente. O valor, que em 2003 era de 4,9% (CI95%: 3,9 – 6,2), alcançou, em 2008, de 6,4% (CI95%: 5,4 – 7,5). Porém, neste caso, não ocorreu diferença estatística no teste de hipótese Z que foi feito devido, também, à pequena sobreposição dos intervalos de confiança entre os dois anos, figura 9.

Em 2003, médicos fizeram 97,7% (CI95%: 93,3 – 99,2) dos diagnósticos de Hipertensão Arterial e, em 2008, foram responsáveis por 99,0% (CI95%: 97,0 – 99,6) dos diagnósticos. Para o Diabetes Mellitus, este diagnóstico feito por médicos foi de 98,8% (CI95%: 95,4 – 99,7) em 2003. Em 2008 este percentual alcançou 100%. Não ocorreu diferença estatística, entre um ano e outro, para as duas doenças. O diagnóstico feito por médicos já era alto em 2003 e se manteve alto em 2008.

Não ocorreu diferença estatística na proporção de diagnósticos recentes (até três anos antes da entrevista) de hipertensão arterial. Era de 31,7% (CI95%: 25,6 – 38,5) no ano de 2003 e foi de 31,6 (CI95%: 27,4 - 36,1) em 2008. Porém, para o diabetes mellitus, esta diferença foi estatisticamente significativa, com diminuição desta proporção de 38,3% (CI95%: 26,5 – 51,8) em 2003 para 23,0% (CI95%: 16,9 – 30,5) em 2008.

A visita ao médico ou ao serviço de saúde regularmente para o acompanhamento de rotina da hipertensão arterial pelos portadores não teve

diferença significativa nos anos de estudo. Foi referida por 63,9% (CI95%: 58,2 – 69,1) dos portadores em 2003 e por 69,4% (CI95%: 64,5 – 74,0) em 2008. Devido à pequena sobreposição dos intervalos de confiança foi realizado o teste de hipótese Z, que confirmou a não diferença. Já, para o diabetes mellitus, a visita regular ao médico ou ao serviço de saúde para o acompanhamento de rotina foi referida, em 2003, por 58,6% (CI95%: 46,2 – 70,0) dos portadores e, em 2008, por 74,1% (CI95%: 65,7 – 81,1), com aumento significativo desta proporção. Para este caso, também foi feito o teste de hipótese Z devido a pequena sobreposição dos intervalos de confiança, figura 9, que confirmou a diferença.

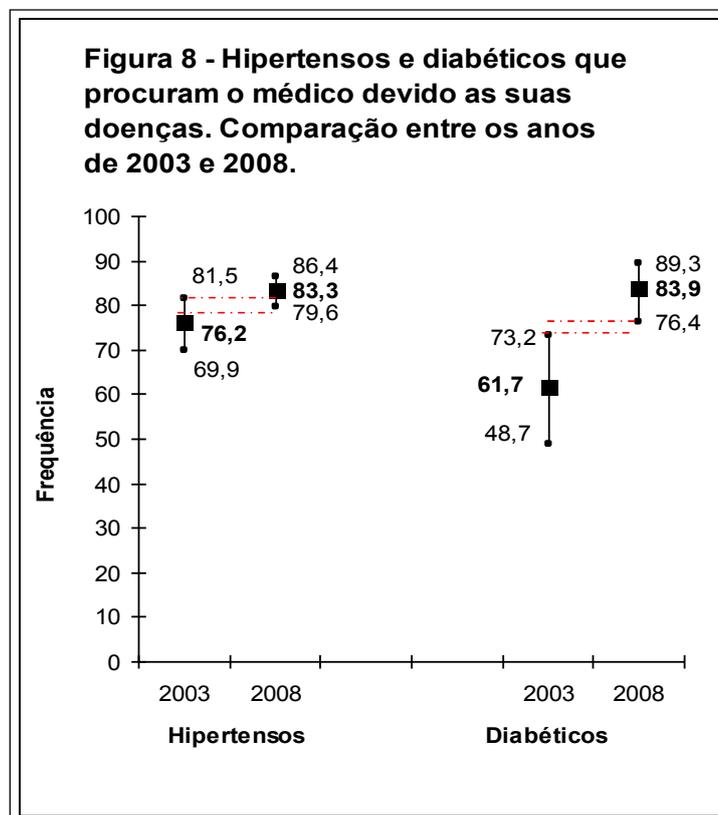
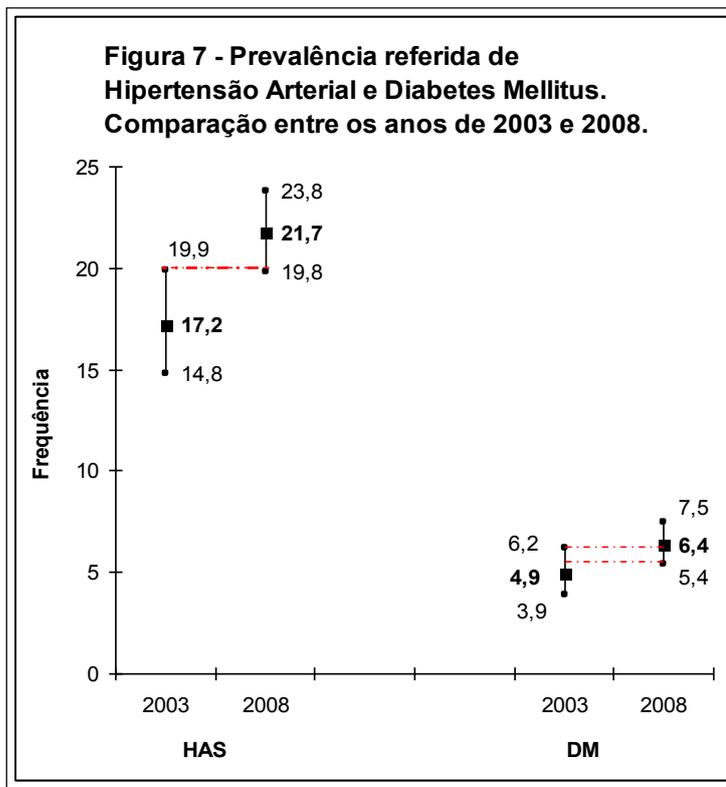
Tabela 6: Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na população com idade de 20 anos ou mais. Prevalência referida, origem do diagnóstico, tempo de diagnóstico e visita regular ao médico/serviços de saúde. ISA- Capital: 2003 e 2008.

	*%	IC95%	n
**Hipertensão Arterial Referida			
2003	17,2	14,8 - 19,9	487
2008	21,7	19,8 - 23,8	704
Diabetes Mellitus Referido			
2003	5,0	4,0 - 6,2	170
2008	6,4	5,4 - 7,5	243
Diagnóstico de Hipertensão feito por Médico			
2003	97,7	93,3 - 99,2	482
2008	99,0	97,0 - 99,6	699
Diagnóstico de Diabetes feito por Médico			
2003	98,8	95,4 - 99,7	168
2008	100,0	100,0 - 100,0	243
Diagnóstico da Hipertensão recente, até 3 anos			
2003	31,7	25,6 - 38,5	108
2008	31,6	27,4 - 36,1	164
**Diagnóstico do Diabetes recente, até 3 anos			
2003	38,3	26,5 - 51,8	51
2008	23,0	16,9 - 30,5	49
Visita regular ao Médico/Serviços de Saúde para acompanhar a Hipertensão			
2003	63,9	58,2 - 69,1	326
2008	69,4	64,5 - 74,0	515
**Visita regular ao Médico/Serviços de Saúde para acompanhar o Diabetes			
2003	58,6	46,2 - 70,0	113
2008	74,1	65,7 - 81,1	184

* leva em consideração as ponderações das amostras probabilísticas

** variável com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra



A tabela 7 descreve as características sociodemográficas, de estilo de vida e da associação com o diabetes dos portadores de hipertensão arterial, com idade de 20 anos ou mais, que nos anos de 2003 e 2008 referiram visitar regularmente o médico ou serviços de saúde para acompanhamento da hipertensão. O que se observa é que poucas variáveis que apresentaram alterações estatísticas significativas nas suas composições.

Nos dois anos de estudo, observamos que a maioria (quase dois terços) dos hipertensos que visitam o médico ou serviços de saúde regularmente são mulheres. Quase a metade tem idade de 60 anos ou mais, a maioria é da raça branca e mais de 90% moram em domicílios adequados.

Ocorreu alteração significativa na composição da variável escolaridade. Diminuiu a proporção da categoria de menor escolaridade com aumento na de média escolaridade. Outra variável que teve mudança significativa na sua composição foi a ocupação econômica. Aumentou a proporção de hipertensos com atividade entre os que procuram regularmente o médico ou serviços de saúde.

Também sofreu alteração a composição da variável renda per capita familiar, sendo que, entre os que visitam regularmente o médico ou serviços de saúde, diminuiu os que têm renda acima de dois salários mínimos e meio.

Quanto à naturalidade do chefe de família, não houve alteração significativa na relação entre os nascidos no estado de São Paulo e os nascidos em outros estado. Continua sendo aproximadamente igual a um para um.

Quase um quinto dos hipertensos que visitam regularmente os médicos ou os serviços de saúde também têm diabetes mellitus e essa proporção também não se alterou nos dois anos.

Quanto às variáveis de estilo de vida, não ocorreram mudanças significativas na composição de nenhuma delas. Quase 70% são sedentários, 30% são obesos, em torno de 40% tem história de tabagismo e o CAGE foi positivo em 6,4% (CI95%: 2,5 – 15,1) dos hipertensos em 2003 e por 14,2% (CI95%: 9,6 – 20,7) em 2008

Tabela 7 - Características sociodemográficas, de estilo de vida e da associação com o diabetes dos hipertensos, com idade de 20 anos ou mais, que referiram fazer visita ao médico ou aos serviços de saúde regularmente. ISA - Capital: 2003 e 2008.

Variável	Ano			2008			Valor P
	%	IC95%	n	%	IC95%	n	
Sexo							
Masculino	35,1	28,0 - 42,9	126	37,5	31,8 - 43,7	172	
Feminino	64,9	57,1 - 72,0	200	62,5	56,3 - 68,3	343	
	100			100			
Idade (anos)							
20 até 59	52,5	44,4 - 60,4	53	57	51,5 - 62,3	126	
60 ou mais	47,5	39,6 - 55,6	273	43	37,7 - 48,5	389	
	100			100			
Raça							
Branca	64,7	55,5 - 72,9	207	61,4	53,4 - 68,9	316	
Não Branca	35,5	27,1 - 44,5	119	38,6	31,3 - 46,6	198	
	100			100			
Domicílio							
Adequado	94,1	89,3 - 96,9	291	91,4	84,3 - 95,4	463	
Inadequado	5,9	3,1 - 10,8	29	8,6	4,6 - 15,7	50	
	100			100			
Escolaridade (anos)							
**de 0 até 4	56,1	47,5 - 64,4	239	41,4	35,4 - 47,6	316	0,0000
**de 5 até 11	28,4	20,9 - 37,3	61	42,8	36,7 - 49,1	156	0,0002
Técnica/ 12 ou mais	15,5	9,8 - 23,6	23	15,8	10,8 - 22,7	42	
	100			100			
Ocupação Econômica							
Com atividade	35,1	27,9 - 43,1	78	43,9	38,5 - 49,6	144	0,0618
Sem atividade	60,1	52,2 - 67,5	231	53,2	47,9 - 58,4	352	
Desempregado	4,8	1,9 - 11,6	13	2,9	1,5 - 5,5	14	
	100			100			
Renda Per Cap Fam							
de 0 até 0,5 SM	20,2	14,5 - 27,4	68	22,7	15,7 - 31,6	127	
> que 0,5 até 2,5 SM	51,4	42,42 - 60,4	194	60,2	52,3 - 67,6	322	0,1416
**mais que 2,5 SM	28,4	21,1 - 37,0	64	17,1	11,8 - 24,1	66	0,0256
	100			100			
Naturalidade Chefe							
Estado de S.P.	43,5	35,9 - 51,3	136	52,1	44,7 - 59,4	246	0,1072
Outros Estados/Países	56,5	48,7 - 64,1	184	47,9	40,6 - 55,3	262	0,1072
	100			100			
Diabetes							
Não	82,5	76,3 - 87,3	246	80,2	75,5 - 84,1	376	
Sim	17,5	12,8 - 23,7	76	19,8	15,9 - 24,5	138	
	100			100			
Sedentarismo							
Não	33,5	26,3 - 41,6	98	32,2	27,3 - 37,6	151	
Sim	66,5	58,5 - 73,7	228	67,8	62,4 - 72,7	364	
	100			100			
Obesidade							
Não	69,8	60,9 - 77,3	205	69,7	63,7 - 75,1	364	
Sim	30,2	22,7 - 39,1	74	30,3	24,9 - 36,3	128	
	100			100			
Tabagismo							
Não	60,6	52,2 - 68,3	198	58,1	53,2 - 62,9	316	
Sim	39,4	31,7 - 47,7	127	41,9	37,1 - 46,8	199	
	100			100			
CAGE							
Positivo	6,4	2,5 - 15,1	9	14,2	9,6 - 20,7	37	
Negativo	93,6	84,9 - 97,5	82	85,8	79,3 - 90,4	230	
	100			100			

* - Leva em consideração as ponderações da amostra

** Categoria com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

Tabela 8 – Proporção hipertensos que referiram fazer visita regular ao médico ou aos serviços de saúde, por características sociodemográficas, de estilo de vida e pela associação com o diabetes. ISA -Capital: 2003 e 2008.

	Proporções		Intervalos de Confiança 95%		n	
	2003 *%	2008 *%	2003	2008	2003	2008
Sexo						
Homem	62,7	60,8	52,2 - 72,2	52,5 - 68,4	126	172
**Mulher	64,5	75,9	57,3 - 71,1	70,5 - 80,6	200	343
Idade						
20 – 59	59,0	65,0	49,2 - 68,2	57,2 - 72,0	53	126
**60 ou +	70,2	76,3	65,9 - 74,1	71,7 - 80,4	273	389
Raça						
Branco	64,5	70,9	57,4 - 71,0	64,2 - 76,8	207	316
Não Branco	62,7	68,0	52,7 - 71,7	59,9 - 75,2	119	198
Domicílio						
Adequado	63,6	70,8	57,7 - 69,2	65,6 - 75,5	291	463
Não Adequado	66,4	57,7	42,7 - 82,3	36,9 - 76,2	29	50
Escolaridade						
0 – 4	66,0	71,4	58,8 - 72,5	64,6 - 77,3	239	316
5 – 11	60,8	68,7	49,0 - 71,4	61,0 - 75,6	61	156
Tec/12 ou +	64,9	66,4	44,8 - 80,8	50,6 - 79,2	23	42
Ocupação Econômica						
Com atividade	60,4	63,8	49,4 - 70,5	55,6 - 71,3	78	144
**Sem atividade	68,4	77,4	61,4 - 74,7	71,4 - 82,4	231	352
Desempregado	46,2	44,0	18,4 - 76,6	23,1 - 67,2	13	14
Naturalidade Chefe de Família						
**Do estado de S.P.	57,5	70,4	49,1 - 65,5	64,2 - 75,9	136	246
Outras Localidades	68,8	68,3	60,6 - 75,9	61,6 - 74,3	184	262
Renda Per Capita Familiar						
Menos 0,5 SM	71,0	65,4	56,2 - 82,3	51,5 - 77,1	68	127
de 0,5 até 2,5 SM	62,1	69,5	55,4 - 68,4	63,4 - 75,0	194	322
Mais de 2,5 SM	62,5	75,2	50,0 - 73,6	63,4 - 84,1	64	66
Diabetes Mellitus						
**Sim	60,6	78,4	44,7 - 74,5	67,5 - 86,3	76	138
Não	64,2	67,5	57,4 - 70,4	61,5 - 73,0	246	376
Estilo de Vida						
**Obesidade	63,4	77,4	51,5 - 73,8	69,5 - 83,7	74	128
Sedentarismo	65,0	72,4	54,6 - 74,2	63,2 - 80,0	98	151
Tabagismo	62,1	63,7	52,5 - 70,9	56,2 - 70,6	127	199
CAGE Positivo	43,3	47,4	13,4 - 79,1	29,4 - 66,2	9	20

* - Leva em consideração as ponderações da amostra

** Categoria com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

A tabela 8 apresenta a proporção (taxa) de hipertensos, com idade de 20 anos ou mais e que fazem visita regular ao médico ou aos serviços de saúde, por categorias sociodemográficas, da associação com o diabetes e da presença de fatores de risco relativos ao estilo de vida, no período.

Aumentou a proporção de mulheres hipertensas e de idosos hipertensos que visitam o médico ou serviços de saúde com regularidade devido a sua doença. Acompanharam este aumento os hipertensos que não têm atividade econômica; os que têm chefe de família natural do Estado de São Paulo, os que também têm diabetes mellitus associado e os hipertensos com obesidade.

Não foi encontrada nenhuma categoria que tenha sofrido diminuição desta proporção de visita regular. Porém, a proporção de visita regular ao médico ou serviços de saúde é menor que a média para os desempregados e para os dependentes de bebida alcoólica.

Na tabela 9 temos a descrição das características sociodemográficas, de estilo de vida e de associação com a hipertensão arterial nos pacientes com diabetes mellitus e que fazem visita regular ao médico ou serviços de saúde.

Entre os diabéticos que fazem visitas regulares aos médicos ou aos serviços de saúde por causa do diabetes, pode-se verificar que a maioria são mulheres, quase o dobro da proporção dos homens. Em 2003 a maior parte tinha idade de 60 anos ou mais e, em 2008, já não ocorreu esta diferença estatística entre os sexos. A maioria é da raça branca e mais de 90% moram em domicílios adequados. Nenhuma destas variáveis sofreu alteração significativa na sua composição entre 2003 e 2008.

A escolaridade, a ocupação e a renda per capita familiar apresentaram modificações nas suas estruturas. Diminuiu a proporção de diabéticos com menos escolaridade (com aumento daqueles que têm média escolaridade). Também se observa aumento na proporção de diabéticos ativos (com diminuição da participação da classe dos aposentados, pensionistas, do lar e estudantes) e aumento na proporção de diabéticos com renda per capita familiar de meio a dois e meio salários mínimos.

Tabela 9 - Características sociodemográficas, de estilo de vida e da associação com a hipertensão dos diabéticos, com idade de 20 anos ou mais, referiram fazer visita ao Médico ou aos serviços de saúde regularmente. ISA - Capital: 2003 e 2008.

Variável	Ano		2003		2008		Valor P
	%	IC95%	n	%	IC95%	n	
Sexo							
Masculino	37,6	24,8 - 52,5	45	34,5	26,0 - 44,2	60	
Feminino	62,4	47,5 - 75,2	68	65,5	55,8 - 74,0	124	
	100			100			
Idade (anos)							
20 até 59	32,7	17,5 - 52,7	8	45,7	36,5 - 55,3	30	
60 ou mais	67,3	47,4 - 82,5	105	54,3	44,7 - 63,5	154	
	100			100			
Raça							
Branca	68,5	54,7 - 79,7	79	66,0	54,3 - 76,1	120	
Não Branca	31,5	20,3 - 45,3	34	44,0	24,0 - 45,7	63	
	100			100			
Domicílio							
Adequado	94,2	83,9 - 98,0	104	93,1	84,7 - 97,1	168	
Não Adequado	5,8	2,0 - 16,1	9	6,9	2,9 - 15,3	16	
	100			100			
Escolaridade (anos)							
de 0 até 4	59,2	44,1 - 72,6	84	43,6	34,4 - 53,3	115	0,0742
**de 5 até 11	19,0	9,6 - 34,1	17	38,1	28,8 - 48,3	50	0,0146
Técnica/ 12 ou mais	21,8	8,9 - 44,3	10	18,3	10,3 - 30,5	17	
	100			100			
Ocupação Econômica							
**Com atividade	23,6	14,2 - 36,6	24	38,4	29,2 - 48,5	42	0,0468
Sem atividade	72,9	59,7 - 83,0	85	58,3	48,1 - 67,7	135	0,0574
Desempregado	3,5	0,6 - 18,5	2	3,3	1,3 - 8,1	5	
	100			100			
Renda Per Cap Fam							
de 0 até 0,5 SM	22,9	12,5 - 38,2	23	21,2	13,4 - 31,8	46	
**> que 0,5 até 2,5 SM	41,0	31,2 - 51,5	65	55,9	45,3 - 66,0	111	0,0490
mais que 2,5 SM	36,1	23,1 - 51,6	25	22,9	14,1 - 35,0	27	0,1392
	100			100			
Naturalidade Chefe							
Estado de S.P.	53,4	40,5 - 65,8	59	54,2	43,4 - 64,6	93	
Outros Estados/Paises	46,6	34,2 - 59,5	52	45,8	35,5 - 56,6	90	
	100			100			
Hipertensão							
Não	31,5	20,0 - 45,8	33	37,2	27,8 - 47,8	46	
Sim	68,5	54,3 - 80,0	80	62,8	52,2 - 72,2	138	
	100			100			
Sedentarismo							
Não	35,7	23,2 - 50,5	33	27,7	19,7 - 37,3	46	
Sim	64,3	49,5 - 76,8	80	72,3	62,7 - 80,3	138	
	100			100			
Obesidade							
Não	78,0	62,1 - 88,4	74	64,4	53,9 - 73,7	125	0,1006
Sim	22,0	11,6 - 37,9	21	35,6	23,3 - 46,1	53	0,1006
	100			100			
Tabagismo							
Não	56,5	41,4 - 70,5	69	54,1	43,2 - 64,7	117	
Sim	43,5	29,5 - 58,6	44	45,9	35,3 - 56,9	67	
	100			100			
CAGE							
Positivo	2,8	0,6 - 12,7	2	8,0	3,2 - 18,6	6	
Negativo	97,2	87,3 - 99,4	24	92,0	81,4 - 96,8	72	
	100			100			

* - Leva em consideração as ponderações da amostra

** Categoria com diferença estatística seignificativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

Tabela 10 - Proporção de diabéticos que fazem visita regular ao médico/serviço de saúde devido ao diabetes, por características sociodemográficas, de estilo de vida e da associação com a hipertensão. ISA -Capital: 2003 e 2008.

	Proporções		Intervalos de Confiança 95%		n	
	2003 *%	2008 *%	2003	2008	2003	2008
Sexo						
Homem	54,4	65,4	35,1 - 72,5	51,5 - 77,2	45	60
**Mulher	61,4	79,8	46,9 - 74,2	69,7 - 87,1	68	124
Idade						
20 – 59	43,9	69,5	21,6 - 69,1	52,7 - 82,3	8	30
60 ou +	69,9	78,6	61,3 - 77,6	71,3 - 84,4	105	154
Raça						
Branco	62,0	75,5	46,8 - 75,1	64,1 - 84,1	79	120
Não Branco	52,4	72,5	35,4 - 68,8	58,4 - 83,2	34	63
Domicílio						
Adequado	60,8	75,5	47,6 - 72,6	66,7 - 82,5	104	168
Não Adequado	38,6	66,2	9,4 - 87,5	29,6 - 90,1	9	16
Escolaridade						
**0 – 4	57,8	76,2	43,9 - 70,7	67,0 - 83,4	84	115
5 – 11	53,0	68,6	27,3 - 77,2	53,4 - 80,6	17	50
Tec/12 ou +	67,0	81,7	23,2 - 93,2	44,0 - 96,2	10	17
Ocupação						
**Com atividade	43,7	69,4	27,4 - 61,4	52,1 - 82,5	24	42
Sem atividade	67,6	76,6	53,1 - 79,4	67,7 - 83,6	85	135
Desempregado	39,7	91,8	0,7 - 98,5	32,5 - 99,6	2	5
Naturalidade Chefe de Família						
Do estado de S.P.	62,0	75,7	42,4 - 78,4	64,4 - 84,3	59	93
Outras Localidades	54,7	72,0	37,4 - 70,8	58,5 - 82,4	52	90
Renda Per Capita Familiar						
Menos 0,5 SM	60,0	70,9	35,1 - 80,6	54,8 - 83,0	23	46
**de 0,5 até 2,5 SM	53,7	76,4	37,6 - 69,1	65,1 - 84,9	65	111
Mais de 2,5 SM	64,2	72,0	36,5 - 84,9	44,9 - 89,0	25	27
Hipertensão Arterial						
Sim	62,3	78,0	47,7 - 75,0	67,3 - 86,0	80	138
Não	51,4	68,4	33,0 - 70,2	51,7 - 81,5	33	46
Estilo de Vida						
Obesidade	61,9	80,0	38,5 - 80,8	63,8 - 90,0	21	53
Sedentarismo	79,6	67,8	52,4 - 93,3	48,6 - 82,4	33	46
Tabagismo	53,4	68,5	34,4 - 71,5	53,7 - 80,2	44	67
CAGE Positivo	19,0	74,5	0,7 - 89,4	10,8 - 98,6	2	5

* - Leva em consideração as ponderações da amostra

** Categoria com diferença estatística seignificativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

Não ocorreu alteração a naturalidade do chefe de família, sendo aproximadamente iguais as proporções dos que são do Estado de São Paulo e dos que não são. Também não mudou a proporção dos que também têm hipertensão arterial. Estão na faixa de 60% a 70% destes diabéticos.

O uso de serviços de saúde por diabéticos e/ou hipertensos, com idade de 20 anos ou mais, que ocorreu nos últimos 15 dias antes da entrevista para realizar procedimentos de rotina como: consulta previamente agendada, realização de exames, busca remédios, agendamento de consultas e exames, e por outras necessidades que não têm relação com morbidade aguda, com saúde materno-infantil e nem com consulta odontológica, está apresentada na tabela 11.

Tabela 11 - Procura por serviços de saúde para *procedimentos de rotina* no período de 15 dias antes da entrevista, por hipertensos e/ou diabéticos, com idade de 20 anos ou mais. ISA-Capital: 2003 e 2008.

	*%	IC95%	n
Procura de rotina por serviços de saúde no período de 15 dias por hipertensos			
2003	23,5	18,5 - 29,4	112
2008	19,2	15,4 - 23,6	158
Procura de rotina por serviços de saúde no período de 15 dias por diabéticos			
2003	28,5	19,4 - 39,8	42
2008	21,7	15,6 - 29,4	55
Hipertensos com atendimento de rotina pago pelo SUS			
2003	59,5	45,5 - 72,0	72
2008	51,0	38,5 - 63,3	88
Diabéticos com atendimento de rotina pago pelo SUS			
2003	42,8	24,9 - 62,8	22
2008	50,4	29,9 - 70,7	29
Hipertensos com atendimento de rotina pago por Planos de Saúde			
2003	38,1	26,3 - 51,4	38
2008	38,3	26,8 - 51,1	45
Diabéticos com atendimento de rotina pago pelo Planos de Saúde			
2003	50,9	31,8 - 69,8	22
2008	43,7	24,9 - 64,6	15
**Hipertensos com atendimento de rotina pago por outras fontes			
2003	2,5	0,9 - 6,4	5
2008	10,8	5,4 - 20,3	11
Diabéticos com atendimento de rotina pago por outras fontes			
2003	6,3	2,0 - 18,2	4
2008	5,9	2,0 - 16,4	4

* leva em consideração as ponderações das amostras probabilísticas

** variável com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

Observa-se nesta tabela 11 que, em 2003, 23,5% (CI95%: 18,5 – 29,4) dos hipertensos fizeram este uso dos serviços de saúde e, em 2008, 19,2% (CI95%: 15,4 – 23,6). Entre os pacientes diabéticos este uso foi feito por 28,5% (CI95%: 19,4 – 39,8) em 2003 e, em 2008, por 21,7% (CI95%: 15,6 – 29,4). Não existiu diferença estatística significativa de 2003 para 2008, nem entre os hipertensos e nem entre os diabéticos, com relação a este uso de rotina dos serviços de saúde nos últimos 15 dias..

O uso do SUS pelos hipertensos, quanto à fonte de pagamento destes serviços de saúde de rotina, teve tendência diferente quando comparado com os diabéticos. Os portadores de hipertensão tiveram diminuição deste percentual de uso, enquanto os portadores de diabetes apresentaram aumento do mesmo, mas não ocorreu diferença estatística significativa. Quanto aos planos de saúde, os diabéticos tiveram diminuição no percentual de uso, enquanto para os hipertensos estes percentuais praticamente não se alteraram. Também, não foi possível reconhecer diferença estatística significativa destes percentuais.

A figura 9 apresenta os intervalos de confiança, com as sobreposições correspondentes, das fontes de pagamento do uso de serviços de rotina, por hipertensos e diabéticos, no período de 15 dias antes da entrevista. Os planos de saúde foram desagregados em plano empresarial e plano individual. Neste gráfico pode-se observar que o SUS foi a principal fonte de financiamento para os hipertensos, tanto em 2003 como em 2008. Para os diabéticos, o SUS só passou a ser a principal fonte de pagamento em 2008, paralelamente nota-se a alteração na participação dos planos individuais e empresariais.

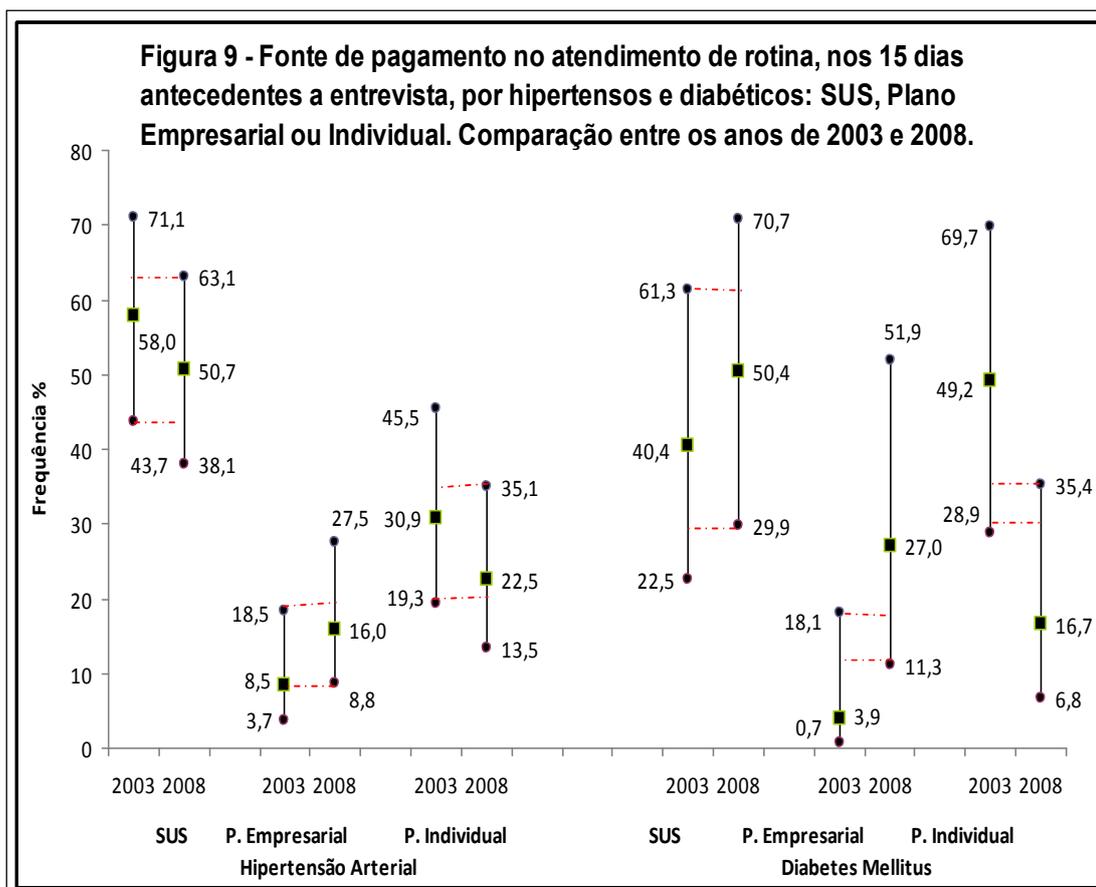


Tabela 12 - Estabelecimentos de saúde procurados para atendimento de rotina, no período de 15 dias antes da entrevista, por hipertensos ou diabéticos. ISA - Capital:Capital: 2003 e 2008.

Variável	Ano 2003			Ano 2008		
	*%	IC95%	n	*%	IC95%	n
Estabelecimento de Saúde Procurado						
UBS/PSF/AMA	38,6	30,6 - 47,3	79	35,6	25,7 - 46,9	74
**PS/Hospital	17,5	10,3 - 28,2	35	0,5	0,1 - 3,6	1
**Ambulatório	2,6	0,8 - 7,7	6	19,6	12,7 - 29,2	44
Consultório	34,7	24,4 - 46,7	42	38,0	27,6 - 49,8	61
Outros	6,6	3,0 - 13,9	12	6,3	3,4 - 11,3	14

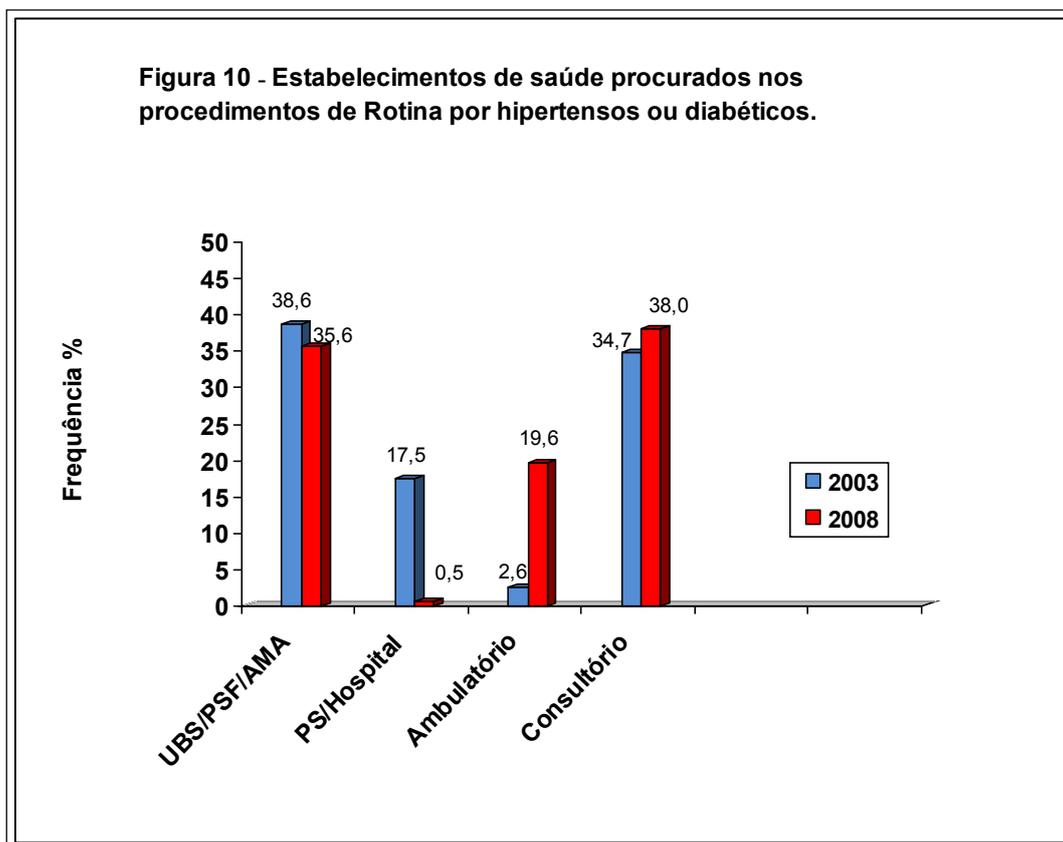
* leva em consideração as ponderações das amostras probabilísticas

** categoria com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

A tabela 12 e a figura 10 apresentam a distribuição da procura, por tipo de estabelecimentos de saúde, para uso de serviços de rotina por hipertensos e/ou diabéticos, em 2003 e 2008. Em **outros** estão incluídos laboratórios e centros diagnósticos procurados para realização de exames complementares.

A demanda assistida nos Prontos Socorros e Hospitais diminuiu significativamente nestes anos de estudo. Em 2003, a proporção da procura por estes estabelecimentos era de 17,5% (CI95%: 10,3 – 28,2) e, em 2008 foi de 0,5% (CI95%: 0,1 – 3,6). Quanto aos ambulatórios, a demanda seguiu tendência contrária aos PS e Hospitais, aumentou de 2,6% (CI95%: 0,8 – 7,7), em 2003, para 19,6% (CI95%: 12,7 – 29,2), em 2008. No entanto, as unidades básicas de saúde não apresentaram alteração significativa na sua demanda assistida, independente da participação das AMA, no último ano de estudo.



4.3 Cobertura de exames preventivos: Papanicolaou, Mamografia e próstata.

A proporção de mulheres com idade de 20 anos ou mais, que nunca realizaram exame de Papanicolaou, não teve diminuição significativa no período, embora o percentual que em 2003 era de 13,1% (CI95%: 10,5 – 16,3) e tenha ficado reduzido para 9,7% (CI95%: 7,8 – 12,0) em 2008. Quanto à Mamografia, esta diminuição foi significativa entre as mulheres com 40 anos ou mais. Em 2003 era de 25,0% (CI95%: 19,6 - 31,3) e, em 2008, reduziu para 17,9% (CI95%: 14,9 - 21,5).

Tabela 13 - Exame de Papanicolaou em Mulheres com idade de 20 anos ou mais. ISA Capital: 2003 e 2008.

	*%	IC95%	n
Nunca Realizaram o Exame			
2003	13,1	10,5 - 16,3	127
2008	9,7	7,8 - 12,0	116
Último Papanicolau antes de três Anos			
2003	77,9	74,1 – 81,3	572
2008	79,6	76,7 - 82,3	918
Participação do SUS no último Papanicolau			
2003	45,8	41,5 - 50,2	339
2008	40,6	34,4 - 47,1	520

*- leva em consideração as ponderações das amostras probabilísticas
n - número de observações na amostra

A proporção de mulheres com idade de 20 anos ou mais, que tinha feito o último exame de papanicolaou antes de três anos da entrevista, foi de 77,9% (CI95%: 74,1 – 81,3) em 2003 e de 79,6% (CI95%: 76,7 – 82,3) em 2008, portanto, sem diferença significativa. Entre as mulheres com 40 anos ou mais, as que realizaram a última mamografia antes de três anos, em 2003, foi 63,9% (CI95%: 58,0 – 69,3) e, em 2008, aumentou para 73,8% (CI95%: 70,1 – 77,2).

Quanto ao último exame de Papanicolau, independente do tempo em que foi feito, 45,8% (CI95%: 41,5 – 50,2), foi financiado pelo SUS em 2003 e 40,6% (CI95%: 34,4 – 47,1) em 2008. Para a mamografia a participação do SUS foi

de 32,7% (CI95%: 27,0 - 38,9) em 2003 e de 33,4% (CI95%: 27,7 – 40,8) em 2008. Não houve diferença significativa, entre 2003 e 2008, nesta participação do SUS, tanto para o Papanicolaou quanto para a mamografia.

A tabela 14 descreve as características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida das mulheres com idade de 20 anos ou mais e que tinham realizado o último papanicolaou antes de três anos da entrevista. Pode se observar que quase 15% destas mulheres têm idade de 60 anos ou mais, pouco mais de 30% não são da raça branca e a proporção das mulheres que não moram em domicílio adequado diminuiu significativamente de 15,6%, em 2003, para 7,9% em 2008.

Quanto à escolaridade, ocorreu diminuição da proporção de mulheres com menor escolaridade, porém não chegou a ocorrer aumento significativo em nenhuma das demais classes. Já, com relação à atividade econômica, só não teve alteração significativa as desempregadas, sendo que aumentou significativamente a proporção das mulheres que trabalham e diminuiu, também significativamente as mulheres que não exercem atividades econômicas..

Não chegou a ocorrer diferença significativa na composição da variável renda per capita familiar, sendo que a maior parte das mulheres tem renda de meio a até dois e meio salários mínimos. Quanto à naturalidade dos chefes de famílias, metade são de fora do Estado de São Paulo.

Também não ocorreu diferença na proporção das mulheres que realizaram o exame nos últimos três anos e que referiram ter hipertensão e nem nas que referiram ter diabetes. Estas proporções são próximas as prevalências encontradas na população com idade de 20 anos ou mais. Quanto ao estilo de vida, a proporção de mulheres com história de tabagismo (fumante ou ex-fumante) aumentou significativamente de 31,1% em 2003 para 37,2% em 2008. A proporção de mulheres com CAGE positivo não chegou a 5,0% nos dois anos.

Tabela 14 - Características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida das mulheres, com idade de 20 anos ou mais, cujo tempo do último exame de Papanicolaou é inferior a três anos da data da entrevista. ISA - Capital: 2003 e 2008.

Variável	Ano		2003		2008		Valor P
	*%	IC95%	n	*%	IC95%	n	
Idade (anos)							
20 até 59	86,4	84,0 - 88,5	320	85,3	82,7 - 87,5	552	
60 ou mais	13,6	11,5 - 16,0	252	14,7	12,5 - 17,3	366	
	100			100			
Raça							
Branca	68,9	63,6 - 73,7	385	65,7	60,3 - 70,7	594	
Não Branca	31,8	26,3 - 36,4	187	34,3	29,3 - 39,7	322	
	100			100			
Domicílio							
Adequado	84,4	75,0 - 90,7	485	92,1	86,0 - 95,7	827	0,0868
Inadequado	15,6	9,3 - 25,0	78	7,9	4,3 - 14,0	785	0,0868
	100			100			
Escolaridade (anos)							
**de 0 até 4	26,7	22,7 - 31,1	260	19,0	15,7 - 22,8	337	0,0000
de 5 até 11	48,2	42,0 - 54,5	218	53,3	48,0 - 58,5	417	
Técnica/ 12 ou mais	25,1	19,4 - 31,9	91	27,7	22,0 - 34,4	163	
	100			100			
Ocupação Econômica							
**Com atividade	51,1	46,0 - 56,2	223	60,4	56,8 - 63,8	434	0,0030
**Sem atividade	41,0	35,8 - 46,3	309	34,6	31,2 - 38,2	445	0,0452
Desempregada	7,9	5,4 - 11,5	34	5,0	3,4 - 7,1	36	0,0914
	100			100			
Renda Per Cap Fam							
de 0 até 0,5 SM	16,9	12,6 - 22,3	106	20,6	16,0 - 26,2	210	
> que 0,5 até 2,5 SM	54,1	47,1 - 61,0	332	53,9	47,5 - 60,1	529	
mais que 2,5 SM	29,0	22,4 - 36,5	134	25,5	19,2 - 33,1	179	
	100			100			
Naturalidade Chefe							
Estado de S.P.	49,5	42,7 - 56,4	269	56,9	50,5 - 63,2	478	0,1144
Outros Estados/Países	50,5	43,6 - 57,3	297	43,1	36,8 - 49,5	424	0,1144
	100			100			
Hipertensão							
Não	81,2	76,7 - 85,1	392	78,4	75,4 - 81,2	610	
Sim	18,8	14,9 - 23,3	175	21,6	18,8 - 24,6	307	
	100			100			
Diabetes							
Não	95,3	92,9 - 96,9	520	93,6	91,8 - 95,0	821	
Sim	4,7	3,1 - 7,1	48	6,4	5,0 - 8,2	96	
	100			100			
Sedentarismo							
Não	28,8	24,0 - 34,1	156	31,5	27,0 - 36,4	259	
Sim	71,2	65,9 - 76,0	416	68,5	63,6 - 73,0	659	
	100			100			
Obesidade							
Não	89,0	84,8 - 92,2	444	85,0	82,5 - 87,2	733	0,0612
Sim	11,0	7,8 - 15,2	71	15,0	12,8 - 17,6	158	0,0612
	100			100			
Tabagismo							
**Não	68,9	64,2 - 73,3	373	62,8	59,2 - 66,3	598	0,0282
**Sim	31,1	26,7 - 35,8	145	37,2	33,7 - 40,8	320	0,0282
	100			100			
CAGE							
Positivo	3,9	1,7 - 8,7	11	4,3	2,0 - 9,3	11	
Negativo	96,1	91,3 - 98,3	197	95,7	90,7 - 98,0	240	
	100			100			

* - Leva em consideração as ponderações da amostra

** - categoria com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

Tabela 15 - Proporção de mulheres com idade de 20 anos ou mais, cujo tempo do último exame de Papanicolaou é inferior a três anos da data da entrevista, por características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida. ISA -Capital: 2003 e 2008.

	Proporções		Intervalos de Confiança 95%		n	
	2003 *%	2008 *%	2003	2008	2003	2008
Idade						
20 - 59	81,7	82,9	77,5 – 85,3	79,4 – 85,9	320	552
60 ou +	60,2	64,9	54,9 – 65,2	61,1 – 68,5	252	366
Raça						
Branco	77,2	81,5	72,4 - 81,3	77,8 - 84,6	386	594
Não Branco	79,7	76,3	73,7 - 84,7	70,4 - 81,3	187	322
Domicílio						
Adequado	77,7	80,2	73,6 - 81,2	77,1 - 82,9	485	827
Não Adequado	80,3	75,2	71,9 - 86,7	64,9 - 83,2	78	85
Escolaridade						
0 - 4	70,5	71,7	65,0 – 75,5	65,6 - 77,2	260	337
5 - 11	79,8	79,9	74,5 - 84,3	75,2 - 83,9	218	417
Tec/12 ou +	84,4	85,7	75,1 - 90,7	80,2 - 89,9	91	163
Ocupação Econômica						
Com atividade	81,0	83,7	75,5 - 85,4	79,5 - 87,2	223	434
Sem atividade	77,0	74,2	71,2 - 82,0	69,3 - 78,6	309	445
Desempregada	74,6	78,1	56,7 - 86,8	61,1 - 89,0	34	36
Naturalidade do Chefe de Família						
Do estado de S.P.	79,9	82,7	74,9 - 84,2	78,6 - 86,1	269	478
Outras Localidades	76,7	76,5	70,6 - 81,9	72,3 - 80,3	297	424
Renda Per Capita Familiar						
**Menos 0,5 SM	63,6	73,7	55,4 – 71,1	66,0 - 78,7	107	210
de 0,5 até 2,5 SM	80,7	79,7	76,3 – 84,5	75,8 - 83,1	332	529
Mais de 2,5 SM	83,5	84,9	75,4 - 89,3	78,1 - 89,9	134	179
Hipertensão Arterial						
Sim	72,8	74,5	64,7 - 79,6	69,3 - 79,0	175	307
Não	79,4	81,2	74,9 - 83,2	77,8 - 84,1	392	610
Diabetes Mellitus						
Sim	68,7	70,6	55,3 - 79,7	61,1 - 78,6	48	96
Não	78,4	80,4	74,4 - 81,9	77,2 - 83,2	520	821
Estilo de Vida						
Obesidade	83,5	81,3	73,5 - 90,2	74,2 - 86,7	71	158
Sedentarismo	81,3	81,3	72,5 - 87,7	75,8 - 85,7	156	259
Tabagismo	78,2	82,5	71,5 - 83,6	78,6 - 86,0	158	320
CAGE Positivo	67,4	73,7	24,4 - 93,0	40,7 – 92,0	11	11

* - Leva em consideração as ponderações da amostra

** - categoria com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

A tabela 15 fornece a proporção (taxa) das mulheres, com idade de 20 anos ou mais, que realizaram exame de papanicolaou antes de três anos da entrevista, por categorias do perfil sociodemográfico, de saúde e da presença de fatores de risco relativos ao estilo de vida. Esta proporção foi menor, nos dois anos de estudo, nas mulheres com idade de 60 anos ou mais, nas de menor escolaridade e nas que têm menor renda per capita, embora nesta última categoria tenha ocorrido aumento significativo entre 2003 e 2008.

A tabela 16 apresenta dados da cobertura do exame de mamografia em mulheres com idade de 40 anos ou mais. Nela, como já citado anteriormente, ocorreu diminuição significativa na proporção de mulheres que nunca haviam realizado o exame de mamografia, de 25,1% (CI95%: 19,7 – 31,4) em 2003 para 17,9% (CI95%: 14,9 – 21,5) em 2008 e aumento, também significativo, das mulheres que realizaram a última mamografia antes de três anos. De 63,9% (CI95%: 58,0 – 69,3) em 2003 para 73,8% (CI95%: 70,1 – 77,2) em 2008.

Tabela 16 - Exame de Mamografia em Mulheres com idade de 40 anos ou mais. ISA -Capital: 2003 e 2008.

	*%	IC95%	n
**Nunca Realizaram o Exame			
2003	25,0	19,6 - 31,3	199
2008	17,9	14,9 - 21,5	163
**Última Mamografia antes de 3 Anos			
2003	63,9	58,0 - 69,3	315
2008	73,8	70,1 - 77,2	596
Parcela Financiada pelo SUS na Última Mamografia			
2003	32,7	27,0 - 38,9	143
2008	33,4	27,7 - 40,8	287
Parcela Financiada pelos Planos de Saúde na Última Mamografia			
2003	54,4	46,9 - 61,7	197
2008	51,9	45,5 - 58,2	320

* - leva em consideração as ponderações das amostras probabilísticas

** - variável com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

Tabela 17 - Características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida e das mulheres, com idade de 40 anos ou mais, cujo tempo da realização da última Mamografia é inferior a três anos da data da entrevista. ISA - Capital: 2003 e 2008.

Variável	Ano			2008			Valor P
	%	IC95%	n	%	IC95%	n	
Idade (anos)							
40 até 59	69,2	64,5 – 74,9	99	70,0	65,4 – 74,1	224	
60 ou mais	30,1	25,1 – 35,6	216	30,0	25,9 – 34,6	372	
	100			100			
Raça							
Branca	74,4	67,8 – 80,1	226	70,1	63,3 – 76,1	485	
Não Branca	25,6	19,9 – 32,2	89	29,9	23,9 – 36,7	214	
	100			100			
Domicílio							
Adequado	89,8	79,3 – 95,3	284	95,0	89,5 – 97,7	554	
Inadequado	10,2	4,7 – 20,7	25	5,0	2,3 – 10,5	40	
	100			100			
Escolaridade (anos)							
de 0 até 4	35,9	29,1 – 43,4	184	29,1	24,1 – 34,7	302	0,1280
de 5 até 11	36,7	28,5 – 45,8	80	46,1	40,5 – 51,8	210	0,0706
Técnica/ 12 ou mais	27,4	18,7 – 38,2	47	24,8	18,7 – 32,0	83	
	100			100			
Ocupação Econômica							
Com atividade	43,5	35,8 – 51,5	92	50,8	45,5 – 56,0	210	
Sem atividade	52,9	45,1 – 60,6	210	47,8	42,7 – 53,0	377	
Desempregada	3,6	1,4 – 9,1	7	1,4	0,5 – 3,7	6	
	100			100			
Renda Per Cap Fam							
de 0 até 0,5 SM	14,0	8,8 – 21,4	51	20,4	15,5 – 26,3	133	
> que 0,5 até 2,5 SM	46,8	37,5 – 56,3	175	50,7	42,9 – 58,5	338	
mais que 2,5 SM	39,2	30,5 – 48,7	89	28,9	21,8 – 37,2	125	0,0842
	100			100			
Naturalidade Chefe							
Estado de S.P.	56,4	49,6 – 63,0	163	58,1	50,5 – 65,3	313	
Outros Estados/Países	43,6	37,0 – 50,4	149	41,9	34,7 – 49,5	272	
	100			100			
Hipertensão							
Não	68,2	60,5 – 75,0	177	62,8	57,6 – 67,6	308	
Sim	31,8	25,0 – 39,5	136	37,2	32,4 – 42,2	287	
	100			100			
Diabetes							
**Não	94,0	90,1 – 96,5	277	88,6	85,6 – 91,1	500	0,0086
**Sim	6,0	3,5 – 9,9	35	11,4	8,9 – 14,4	94	0,0086
	100			100			
Sedentarismo							
Não	35,9	27,7 – 45,0	99	34,6	28,3 – 41,5	178	
Sim	64,1	55,0 – 72,3	216	65,4	58,5 – 71,7	418	
	100			100			
Obesidade							
Não	84,6	76,3 – 90,4	234	80,0	75,3 – 83,9	451	
Sim	15,4	9,6 – 23,7	50	20,0	16,1 – 24,7	126	
	100			100			
Tabagismo							
**Não	70,1	61,6 – 77,5	236	60,1	55,3 – 64,8	393	0,0312
**Sim	29,9	22,5 – 38,4	78	39,9	35,2 – 44,7	203	0,0312
	100			100			
CAGE							
Positivo	3,3	0,5 – 18,4	3	3,4	1,4 – 8,0	9	
Negativo	96,7	81,6 – 99,5	95	96,6	92,0 – 98,6	231	
	100			100			

* - Leva em consideração as ponderações da amostra

** - Categoria com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

Quanto à participação dos SUS e dos Planos de Saúde no financiamento da última mamografia realizada pelas mulheres com idade de 40 anos ou mais, verifica-se que suas participações não se alteraram entre os anos de 2003 e de 2008. Os Planos de Saúde foram as principais fontes de pagamento, sendo responsáveis pelo custeio de, aproximadamente, 50% das mamografias realizadas. O SUS respondeu por pouco mais de 30% deste financiamento.

Na tabela 17 temos a descrição das características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida das mulheres com idade de 40 anos ou mais e que realizaram a última mamografia antes de três anos. Aproximadamente 30% destas mulheres têm idade de 60 anos ou mais, a maior parte (mais de 70%) são da raça branca. Destas mulheres, 10,2% (CI95%: 4,7 – 20,7) em 2003 e 5,0% (CI95%: 2,3 – 10,5) em 2008 moravam em domicílios inadequados.

Não ocorreram mudanças nas composições da escolaridade e da renda per capita familiar. A proporção de mulheres, cuja naturalidade do chefe de família é de fora do Estado de São Paulo não apresentou alteração na sua composição, pouco mais de 40% e abaixo das que têm o chefe de família natural do Estado de São Paulo;

Para a hipertensão não chegou a ter alteração, mas para o diabetes ocorreu diferença significativa de 2003 para 2008, com aumento da participação de portadoras entre as que realizaram o exame.

Quanto às variáveis de estilo de vida, a única que teve diferença significativa na sua composição foi a do tabagismo. Aumentou a proporção de mulheres com história de tabagismo entre as que realizaram o exame.

A tabela 18 fornece as informações sobre a proporção de mulheres que realizaram a última mamografia antes de três anos da entrevista, por categorias sociodemográficas, de saúde e da presença de risco relativo ao estilo de vida. Pode-se observar que várias categorias apresentaram aumento significativo entre 2003 e 2008, acompanhando o aumento geral ocorrido. As categorias que não alcançaram este aumento significativo foram: as mulheres com idade de 40 a 59 anos, as mulheres da raça branca,

as mulheres moradora de domicílio inadequado, as mulheres com média e alta escolaridade, as mulheres cujos chefes de família são do Estado de São Paulo, as mulheres que trabalham fora, as mulheres que estão desempregadas, todas as mulheres que tem renda per capita familiar de meio salário mínimo ou mais, as mulheres que não são hipertensas, as mulheres que são obesas, as sedentárias e das mulheres que têm CAGE positivo.

Pode-se observar que algumas categorias que apresentavam proporção significativamente menor do que a média em 2003, já não apresentaram esta diferença em 2008. É o caso das mulheres com idade de 60 anos ou mais, as de raça não brancas, as de menor escolaridade, as de renda per capita familiar inferior a meio salário mínimo, as portadoras de hipertensão arterial, as portadoras de diabetes mellitus e as tabagistas.

Algumas categorias mantiveram-se abaixo da média em 2008. É o caso das que não moram em domicílio adequado e das que têm CAGE positivo.

Em 2003, 53,0% (CI95%: 46,0 - 59,8) dos homens com 40 anos ou mais afirmaram que nunca haviam realizado nenhum tipo de exame para avaliação para próstata: toque retal, PSA, Ultra-sonografia ou biópsia. Fizeram algum destes exames, antes de três anos antes da entrevista, 41,4% (CI95%: 35,0 – 48,1). Dos homens que fizeram algum destes exames, independente do tempo em que foi feito, 20,1% (CI95%: 13,7 - 28,6) referiram que o último foi pago pelo SUS e 60,5% (CI95%: 51,8 – 68,5) foi pago pelos planos de saúde.

No ano de 2008, a proporção de homens com idade de 40 anos ou mais e que nunca tinham feito nenhum exame para Próstata foi 44,7% (38,4 – 51,1), sem alteração significativa em relação a 2003. O teste de hipótese Z foi realizado por ocorrer pequena sobreposição dos intervalos de confiança entre 2003 e 2008. Também não ocorreu diferença estatística significativa nas demais variáveis.

Tabela 18 - Proporção de mulheres, com idade de 40 anos ou mais, cujo tempo da última Mamografia é inferior a três anos da data da entrevista, por características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida. ISA -Capital: 2003 e 2008.

	Proporções		Intervalos de Confiança 95%		n	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008
	*%	*%				
Idade						
40 - 59	69,6	77,2	61,3 – 76,8	72,3 – 81,4	99	224
**60 ou +	53,5	66,9	48,0 – 59,1	62,4 – 71,2	216	372
Raça						
Branca	67,8	74,7	60,9 – 74,1	70,5 – 78,6	226	408
**Não Branca	54,6	71,6	35,3 – 55,9	64,4 – 77,9	89	187
Domicílio						
**Adequado	65,2	75,6	59,3 – 70,7	72,1 – 78,8	284	554
Não Adequado	51,7	50,0	25,0 – 77,4	31,3 – 68,7	25	40
Escolaridade						
**0 - 4	50,5	64,6	42,5 – 58,4	58,2 – 70,5	184	302
5 - 11	66,1	73,6	54,6 – 75,9	68,5 – 78,1	80	210
Tec/12 ou +	91,2	89,0	80,8 – 94,3	80,9 – 93,9	47	83
Ocupação Econômica						
Com atividade	72,2	79,2	62,9 – 80,0	73,0 – 84,3	92	210
**Sem atividade	59,8	69,3	52,1 – 67,0	64,3 – 74,0	210	377
Desempregada	49,9	57,9	33,8 – 61,0	19,6 – 88,5	7	6
Naturalidade do Chefe de Família						
Do estado de S.P.	68,1	74,9	61,6 – 74,0	70,1 – 79,2	163	313
**Outras Localidades	59,9	72,5	50,7 – 68,4	66,9 – 77,4	149	272
Renda Per Capita Familiar						
**Menos 0,5 SM	47,5	67,8	34,4 – 60,9	60,7 – 74,1	51	133
**de 0,5 até 2,5 SM	62,8	72,0	54,1 – 70,8	66,7 – 76,8	175	338
Mais de 2,5 SM	74,5	82,4	63,3 – 83,2	75,2 – 87,9	89	125
Hipertensão Arterial						
**Sim	56,7	72,9	47,5 – 65,4	66,8 – 78,3	136	287
Não	67,8	74,3	59,6 – 75,0	69,4 – 78,6	177	308
Diabetes Mellitus						
**Sim	41,6	68,6	28,0 – 56,6	58,1 – 77,4	35	94
**Não	66,1	74,5	59,9 – 71,7	70,5 – 78,2	277	500
Estilo de Vida						
Obesidade	68,4	74,0	51,6 – 81,5	64,3 – 81,9	50	126
Sedentarismo	72,5	84,0	60,0 – 82,3	77,7 – 88,8	99	178
**Tabagismo	57,8	72,2	47,0 – 67,8	66,2 – 77,5	78	203
CAGE Positivo	54,4	54,0	2,0 – 98,6	24,5 – 80,9	3	9

* - Leva em consideração as ponderações da amostra

** - Categoria com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

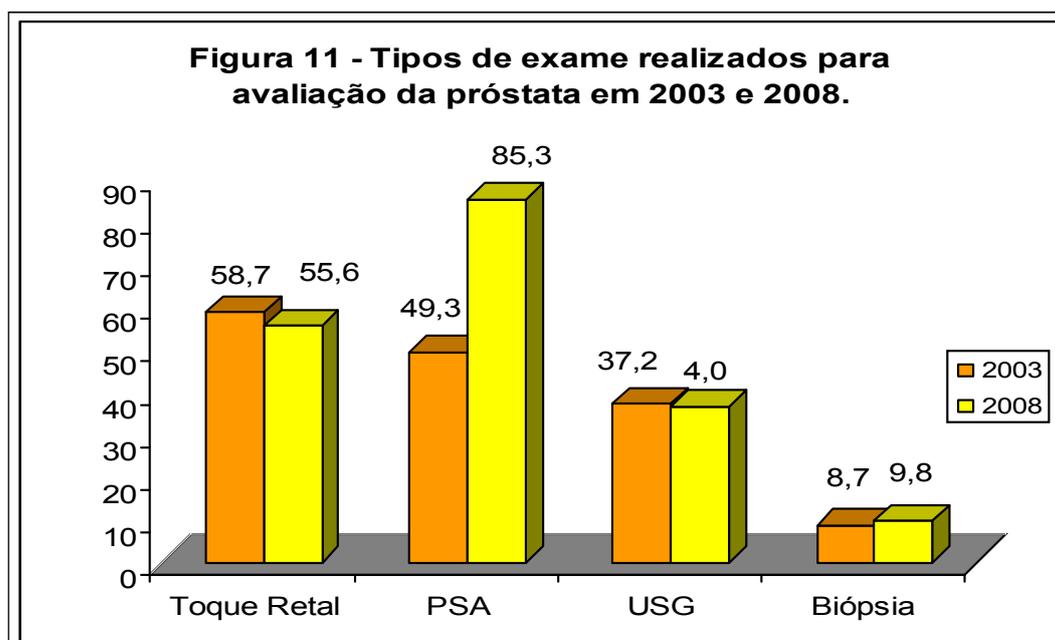
Tabela 19 - Exame de Próstata em Homens com idade de 40 anos ou mais. ISA -Capital: 2003 e 2008.

	*%	IC95%	n
Nunca Realizaram o Exame			
2003	53,0	46,0 - 59,8	270
2008	44,7	38,4 - 51,1	204
Último Exame de próstata antes de 3 Anos			
2003	41,4	35,0 - 48,1	228
2008	47,7	41,5 - 53,9	311
Último Exame Financiada pelo SUS			
2003	20,1	13,7 - 28,6	83
2008	26,3	20,2 - 33,5	131
Último Exame Financiada por Plano de Saúde			
2003	60,5	51,8 - 68,5	143
2008	57,2	48,7 - 65,3	179

* - leva em consideração as ponderações das amostras probabilísticas

n - número de observações na amostra

No gráfico da figura 11 observa-se que o PSA (Antígeno Prostático Sanguíneo) foi o mais citado, como exame já realizado, em 2008. Teve aumento significativo de 49,3% (CI95%: 36,5 – 62,2) em 2003 para 85,3% (CI95%: 74,9 – 89,5) em 2008.



A tabela 20 descreve as características sociodemográfico, de saúde e de estilo de vida entre os homens com idade de 40 anos ou mais e que realizaram algum exame de avaliação da próstata antes de três anos, em 2003 e 2008. Dobrou a proporção de homens não brancos entre os que realizaram algum exame. Também aumentou significativamente a proporção de homens que têm escolaridade média com diminuição, também significativa, dos que têm maior escolaridade. Esta mesma relação se observou para a renda per capita familiar, com aumento dos homens que têm renda média e diminuição dos que têm maior renda.

A tabela 21 informa a proporção de homens, com idade de 40 anos ou mais, que realizaram algum exame de próstata três anos antes da entrevista, por categorias do perfil sociodemográfico, de saúde e da presença de risco em relação ao estilo de vida. Verifica-se que aumentou significativamente a realização destes exames nos homens com idade de 60 anos ou mais, nos homens com menor escolaridade, nos não têm atividade econômica e nos de renda per capita familiar média.

Algumas categorias tiveram esta proporção de realização dos exames para próstata abaixo da média nos dois anos. São os homens que moram em domicílio inadequado, os desempregados e os com CAGE positivo. Outras categorias que estavam com esta proporção abaixo da média em 2003, aumentaram e não apresentam mais diferença significativa com relação a proporção geral de realização dos exames.

Tabela 20 - Características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida dos homens, com idade de 40 anos ou mais, cujo tempo de realização do último exame de próstata é inferior a três anos. ISA - Capital: 2003 e 2008.

Variável	Ano		2003		2008		Valor P
	*%	IC95%	n	*%	IC95%	n	
Idade (anos)							
40 até 59	63,7	53,8 – 72,6	48	60,6	54,1 – 66,8	83	
60 ou mais	36,3	27,4 – 46,2	180	39,4	33,2 – 45,9	228	
	100			100			
Raça							
**Branca	83,9	75,6 – 89,8	176	68,2	58,2 – 76,7	210	0,0072
**Não Branca	16,2	10,3 – 24,4	52	31,8	23,3 – 41,8	100	0,0072
	100			100			
Domicílio							
Adequado	94,4	86,2 – 97,8	213	96,0	89,9 – 98,5	296	
Inadequado	5,6	2,2 – 13,8	14	4,0	1,5 – 10,1	15	
	100			100			
Escolaridade (anos)							
de 0 até 4	24,3	18,8 – 30,8	112	27,7	21,6 – 34,7	141	
**de 5 até 11	21,0	13,8 – 30,6	47	34,8	27,0 – 43,4	98	0,0190
**Técnica/ 12 ou mais	54,7	45,0 – 64,1	68	37,6	26,8 – 49,7	72	0,0236
	100			100			
Ocupação Econômica							
Com atividade	71,4	63,1 – 78,5	119	70,2	64,6 – 75,2	154	
Sem atividade	25,0	19,2 – 31,7	98	28,7	23,6 – 34,5	150	
Desempregado	3,6	1,2 – 10,2	10	1,1	0,5 – 2,6	6	
	100			100			
Renda Per Cap Fam							
de 0 até 0,5 SM	12,2	7,0 – 20,4	36	17,5	11,4 – 25,8	60	
**> que 0,5 até 2,5 SM	31,7	22,7 – 42,3	106	54,0	44,7 – 63,1	186	0,0000
**mais que 2,5 SM	56,2	44,5 – 67,2	86	28,5	20,9 – 37,6	65	0,0000
	100			100			
Naturalidade Chefe							
Estado de S.P.	60,6	51,9 – 68,7	120	56,1	46,8 – 65,0	164	
Outros Estados/Países	39,4	31,3 – 48,1	105	43,9	35,0 – 53,3	147	
	100			100			
Hipertensão							
Não	71,8	61,7 – 80,1	135	61,6	55,1 – 67,6	169	0,0668
Sim	28,2	19,9 – 38,3	92	38,4	32,4 – 44,9	142	0,0668
	100			100			
Diabetes							
Não	88,0	77,4 – 94,1	190	86,8	82,3 – 90,3	252	
Sim	12,0	6,0 – 22,6	38	13,2	9,7 – 17,7	59	
	100			100			
Sedentarismo							
Não	45,8	35,3 – 56,7	89	46,7	40,4 – 53,2	134	
Sim	54,2	43,3 – 64,7	139	53,3	46,8 – 59,6	177	
	100			100			
Obesidade							
Não	85,8	77,6 – 91,3	181	83,3	76,8 – 88,2	253	
Sim	14,2	8,7 – 22,4	36	16,7	11,8 – 23,2	55	
	100			100			
Tabagismo							
Não	38,6	28,9 – 49,3	89	47,1	40,6 – 53,6	134	
Sim	61,4	50,7 – 71,1	139	52,9	46,4 – 59,4	177	
	100			100			
CAGE							
Positivo	8,1	3,0 – 20,2	13	10,3	5,6 – 17,9	18	
Negativo	89,9	79,8 – 97,0	113	89,7	81,1 – 94,4	153	
	100			100			

* - Leva em consideração as ponderações da amostra

** - Categoria com diferença significativa entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

Tabela 21 - Proporção de homens, com idade de 40 anos ou mais, cujo tempo do último exame de Próstata é inferior a três anos da data da entrevista, por características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida. ISA -Capital: 2003 e 2008.

	Proporções		Intervalos de Confiança 95%			n	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008	
	*%	*%					
Idade							
40 - 59	37,5	40,2	28,9 – 47,0	32,8 – 48,2	48	83	
**60 ou +	50,7	66,6	44,9 – 56,6	61,5 – 71,4	180	228	
Raça							
Branco	46,2	52,5	38,4 – 54,2	44,4 – 60,5	176	210	
Não Branco	27,4	39,8	18,5 – 38,7	32,3 – 47,7	52	100	
Domicílio							
Adequado	43,6	49,9	37,0 – 50,5	43,6 – 56,2	213	296	
Não Adequado	24,5	24,2	12,7 – 41,9	11,6 – 43,8	14	15	
Escolaridade							
**0 - 4	27,6	46,0	21,0 – 35,5	37,4 – 54,9	112	141	
5 - 11	28,4	40,0	19,0 – 39,8	32,2 – 48,3	47	98	
Tec/12 ou +	70,7	59,9	56,3 – 81,9	46,1 – 72,3	68	72	
Ocupação Econômica							
Com atividade	42,4	45,2	33,8 – 51,5	37,9 – 52,8	119	154	
**Sem atividade	46,3	66,6	37,8 – 55,0	58,5 – 73,7	98	150	
Desempregado	24,9	10,4	8,4 – 54,6	3,6 – 26,6	10	6	
Naturalidade do Chefe de Família							
Do estado de S.P.	48,0	50,9	40,4 – 55,7	41,0 – 60,7	120	164	
Outras Localidades	35,3	44,1	26,7 – 44,9	37,2 – 51,3	105	147	
Renda Per Capita Familiar							
Menos 0,5 SM	31,8	40,1	18,8 – 48,6	29,1 – 52,2	36	60	
**de 0,5 até 2,5 SM	28,4	47,5	21,0 – 37,2	40,9 – 54,1	106	186	
Mais de 2,5 SM	61,1	54,4	48,0 – 72,9	41,0 – 67,2	86	65	
Hipertensão Arterial							
Sim	44,8	57,8	33,5 – 56,7	49,1 – 66,2	92	142	
Não	41,1	42,9	33,1 – 49,6	35,8 – 50,4	135	169	
Diabetes Mellitus							
Sim	59,3	61,0	36,0 – 79,1	47,5 – 73,1	38	59	
Não	40,1	46,1	33,1 – 47,6	39,8 – 52,6	190	252	
Estilo de Vida							
Obesidade	35,9	51,7	23,2 – 51,0	36,8 – 66,3	36	55	
Sedentarismo	47,2	54,4	37,5 – 57,2	45,2 – 63,3	89	134	
Tabagismo	39,8	40,6	32,8 – 47,2	33,6 – 47,9	139	177	
CAGE Positivo	23,2	29,4	8,0 – 51,1	16,5 – 46,6	13	18	

* - Leva em consideração as ponderações da amostra

** - Categoria com diferença estatística entre 2003 e 2008

n - número de observações na amostra

4.4 Fontes de pagamento dos serviços de saúde

Tabela 22 - Utilização de serviços de saúde financiados pelo SUS e não financiados pelo SUS, em relação à escolaridade. ISA - Capital: 2003 e 2008.

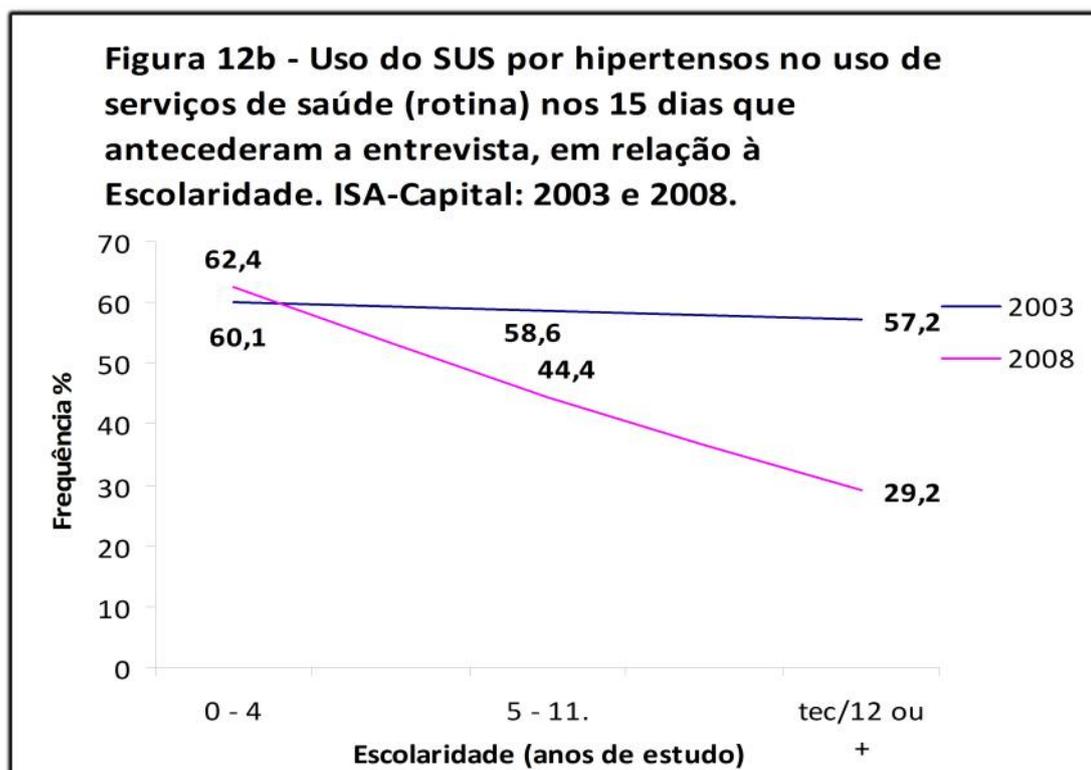
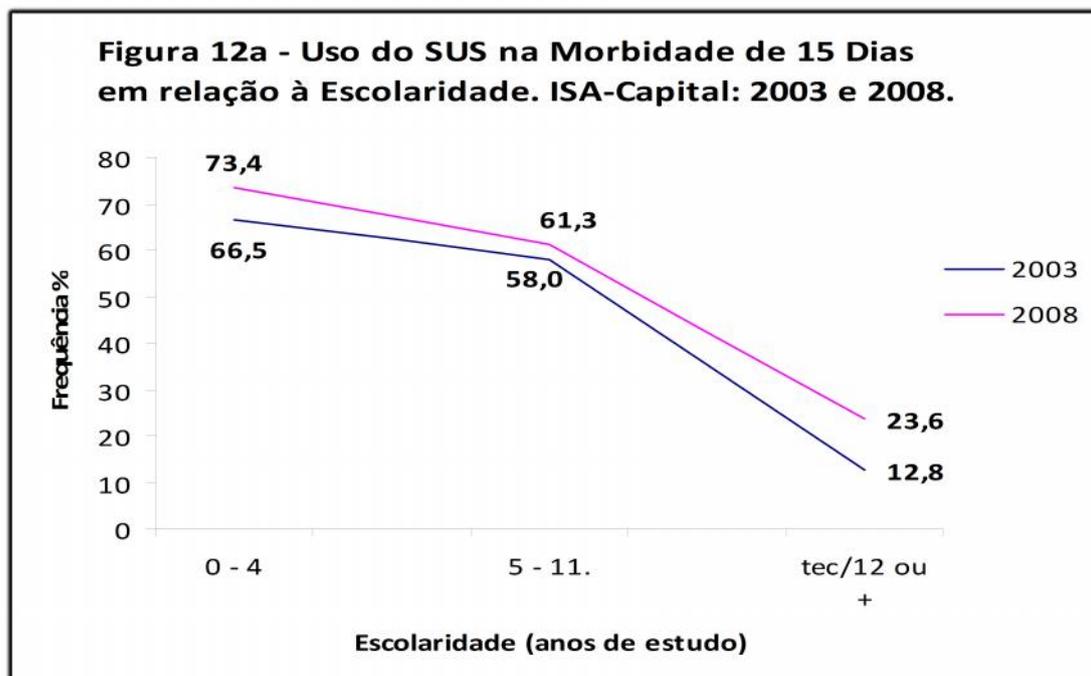
Variável	Escolaridade 0 - 4 (anos)		5 - 11 (anos)		Tec/12 + (anos)		Total	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008
	*%	*%	*%	*%	*%	*%	*%	*%
Morbidade aguda								
SUS	66,5	73,2	58,0	61,3	12,8	23,6	51,3	56,5
Não SUS	33,5	26,8	42,0	38,8	87,2	76,4	48,7	43,5
Hipertensão Arterial								
SUS	60,1	62,4	58,6	44,4	57,2	29,2	59,2	51,0
Não SUS	39,9	37,6	41,4	55,6	42,8	70,8	40,8	49,0
Diabetes Mellitus								
SUS	48,0	72,6	100	35,5	25,1	40,7	42,2	50,4
Não SUS	52,0	27,4	-	64,5	74,9	59,3	57,8	49,6
Papanicolaou								
SUS	64,4	61,8	51,3	46,9	10,0	10,7	45,7	40,6
Não SUS	35,6	38,2	48,7	53,1	90,0	89,3	54,3	59,4
Mamografia								
SUS	48,7	52,0	34,8	33,6	2,4	9,3	32,4	34,0
Não SUS	51,3	48,0	65,2	66,4	97,6	90,7	67,6	66,0
Ex. de Próstata								
SUS	37,7	49,6	29,3	32,4	8,1	4,1	20,2	26,3
Não SUS	62,3	50,4	72,9	68,3	91,9	95,9	79,8	73,7

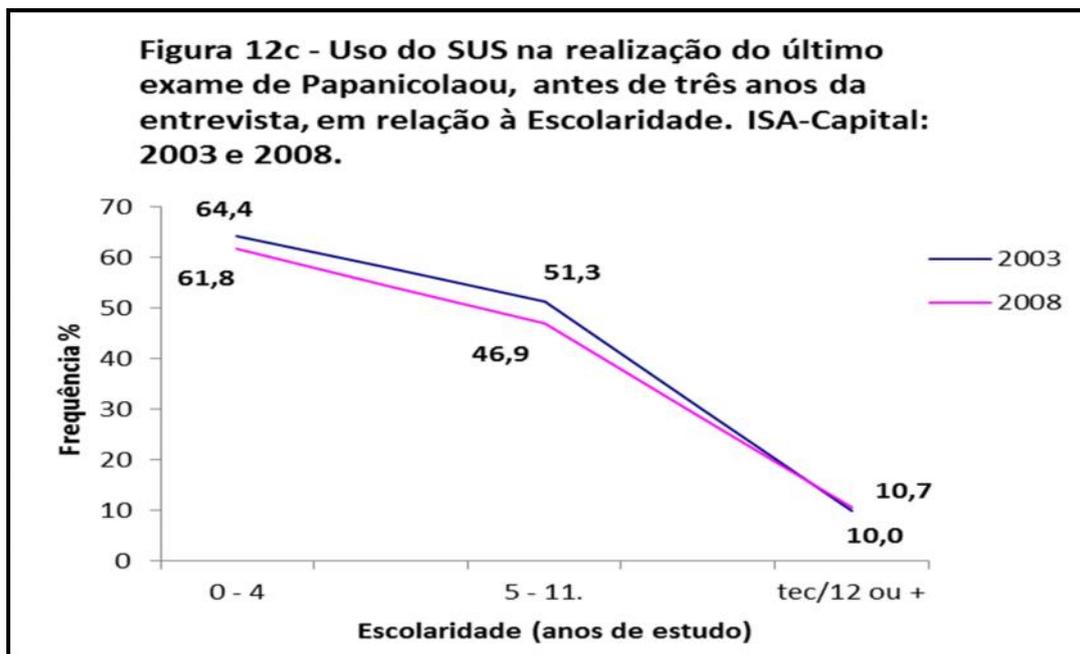
* leva em consideração as ponderações das amostras probabilísticas

A tabela 22 informa a participação do SUS nas três dimensões da saúde estudadas por nível escolaridade. De forma geral, a participação do SUS diminuiu com o aumento da escolaridade em todas as dimensões. Também se apresenta com tendência de queda a participação do SUS partindo da morbidade aguda para os exames preventivos, nas três classes de escolaridade apresentadas. A maior alteração observada no percentual de uso do SUS, na morbidade aguda, foi para a classe de maior escolaridade, mudou de 12,8% em 2003 para 23,6% em 2008. Para a hipertensão arterial, observa-se queda nos percentuais de uso em 2008 para as classes de escolaridade intermediária e de maior escolaridade.

As figuras 12a, 12b e 12c mostram esta queda da participação do SUS, com o aumento da escolaridade, na procura por serviços de saúde

devido à morbidade aguda, na visita de rotina ao médico ou aos serviços de saúde, regularmente, por hipertensos e na realização de exame de Papanicolaou antes de três anos da entrevista.





A figura 13 apresenta, graficamente, o uso de serviços de saúde nas três dimensões analisadas:

- Procura por serviços de saúde na morbidade aguda;
- Visita de rotina ao médico ou aos serviços de saúde por hipertensos e/ou Diabéticos, regularmente;
- Realização de exames preventivos de Papanicolau, de mamografia e de exames para próstata, em tempo inferior a três anos.

Neste gráfico pode-se observar que há uma tendência de aumento da cobertura em todos os aspectos do uso de serviços de saúde analisados.

A figura 15 fornece, graficamente, a participação do SUS em cada aspecto da utilização de serviços de saúde analisado. Observa-se que a participação do SUS é menos expressiva para a realização dos exames preventivos e é a principal fonte de pagamento na assistência da morbidade aguda.

Figura 13 - Utilização dos serviços de saúde nas três dimensões estudadas: procura na morbidade aguda, visita regular ao médico/serviços por hipertenso e diabéticos e realização de exames preventivos em tempo inferior a 3 anos

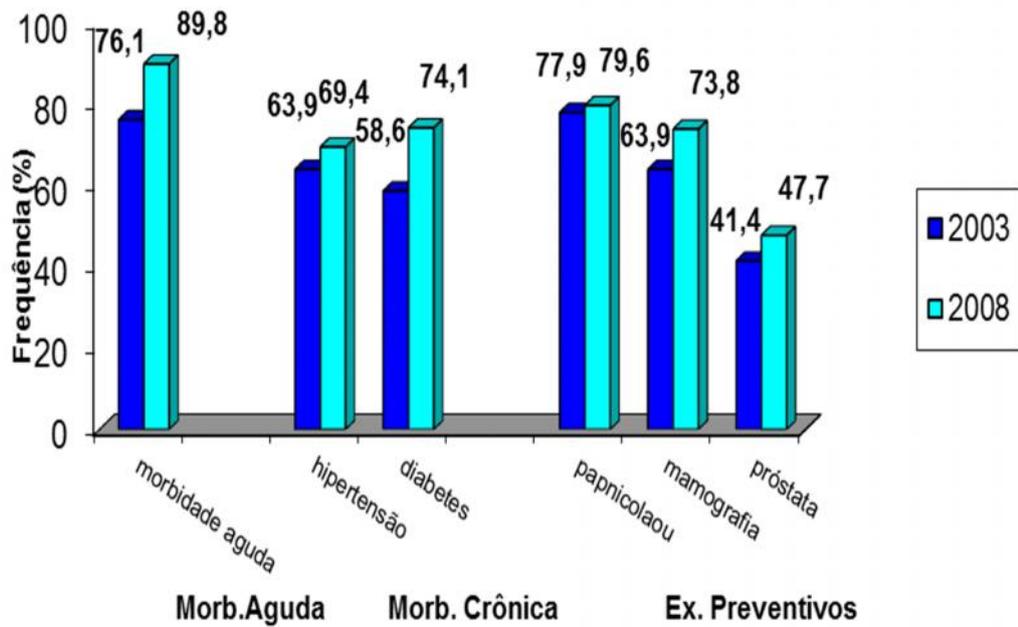
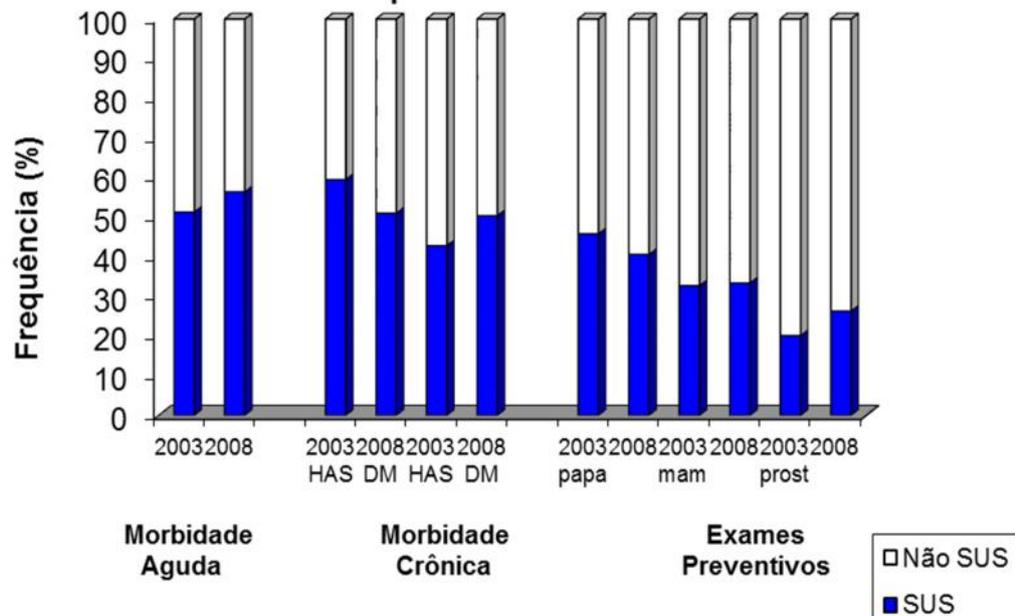


Figura 14 - Participação do SUS no atendimento das três dimensões da saúde estudadas: morbidade aguda, crônica e preventivos.



5. DISCUSSÃO

5.1 Morbidade Aguda

A diminuição significativa entre os anos de 2003 e 2008 da proporção de pessoas que referiram problemas de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista é um fenômeno complexo que está além dos nossos objetivos de estudo. Foi apresentada porque guarda relação com o uso de serviços de saúde, porém, a sua interpretação, mesmo que parcial, exigiria estudos mais específicos.

A proporção de atendimentos entre os que procuraram serviços de saúde devido à morbidade aguda já era alta em 2003 e continuou alta em 2008, tendo ultrapassado os 90% nos dois anos analisados. Este fato permitiu, para esta dimensão da saúde, analisar esta procura como sendo o próprio uso de serviços (PINHERO et al, 2002).

A procura por ajuda diante de um problema agudo de saúde foi a mesma nos dois anos de estudo, a diferença no período surgiu aonde se procurou por esta ajuda, se nos serviços de saúde ou não. Aumentou significativamente a procura por ajuda nos serviços de saúde entre os que procuraram por alguma ajuda. Este aumento foi global, ocorrendo, praticamente, em todas categorias das variáveis analisadas (tabela 3). Ampliação da oferta de serviços na rede básica e modificações na organização da assistência médica ocorreram na rede pública de saúde durante o período e podem ter contribuído, positivamente, para justificar este aumento geral (TANAKA & DRUMOND, 2010).

O gráfico da figura 6 é elucidativo ao apresentar as diferenças que ocorreram, nos anos de 2003 e 2008, quanto a participação dos diversos tipos de estabelecimentos de saúde que foram procurados no atendimento médico devido a morbidade aguda. O aumento desta procura nas UBS e nos ambulatórios compensou e superou a queda na procura por PS e Hospitais.

O aumento da demanda nas unidades básicas pode ser atribuído a

dois fatores: primeiro - aumento da oferta, pois, agregado ao termo UBS temos as UBS tradicionais (que já existiam), as AMA (que foram criadas no período, não existiam em 2003 e chegaram a 115 unidades em 2009) e as USF (que se multiplicaram devido à manutenção da política de ampliação da cobertura do PSF no município); segundo - foram intensificadas campanhas para orientar o uso da rede básica nas intercorrências médicas mais simples e reservar o uso dos PS e hospitais para os casos de maior gravidade (SÃO PAULO, 2009). Considerando que as UBS são preponderantemente públicas e que o setor público foi o responsável por mais da metade dos atendimentos nesta dimensão, estas modificações verificadas no sistema público de saúde podem ser consideradas como as responsáveis pelas principais alterações encontradas na distribuição em geral da demanda que procurou assistência nos serviços de saúde. Nos ambulatórios, o aumento na procura verificado em 2008 pode sinalizar para o melhor uso de serviços de saúde, além de um primeiro e único contato isolado, uma vez que o acesso a este tipo de estabelecimento normalmente é precedido de uma relação mais profunda do usuário com os profissionais do sistema de saúde.

As características socioeconômicas e demográficas da população que procurou os serviços de saúde tiveram poucas alterações nas suas prevalências (tabela 2), sendo que as únicas variáveis que sofreram modificações significativas foram: moradia adequada (diminuiu a proporção dos que não moram em domicílio adequado) e escolaridade (diminuiu a proporção de pessoas com até 4 anos de estudo e o aumentou a proporção de pessoas com 5 até 11 anos de estudo). Estas alterações podem ter alguma relação com as taxas de uso (tabela 3). As taxas de uso de serviços de saúde nas categorias de domicílio inadequado e de menor escolaridade não acompanharam o aumento geral verificado. Porém, existiram outros fatores, fora dos serviços de saúde, que afetaram estas composições na população em geral e que, conseqüentemente, também se manifestaram nos serviços, como por exemplo, o aumento da escolaridade.

Nas características de saúde, aumentou a proporção de portadores de hipertensão arterial e não ocorreu alteração na proporção de diabéticos

(tabela 2). Aqui se observa, também, que esta alteração na proporção de hipertensos tem relação com o aumento da prevalência referida desta doença na população em geral e não somente com o aumento da taxa de uso de serviços. Nesta mesma linha de raciocínio, pode-se interpretar o resultado para os portadores de diabetes mellitus, uma vez que não existiu a mesma alteração da sua composição, apesar da semelhança no aumento da taxa de procura, porque, apesar disto, não houve aumento significativo da prevalência referida, assim como aconteceu para a hipertensão arterial (tabela 6).

Embora não se tenha encontrado diferenças significativas na procura por serviços de saúde por hipertensos e/ou diabéticos, em relação à população em geral (exceção para os hipertensos em 2008), as taxas de uso mostram tendências aumentadas para os portadores destas doenças e está de acordo com o esperado, segundo HULKA & WHEAT (1985) apud PAVÃO & COELI (2008) que afirmam que o uso de serviços de saúde também é determinado pelo estado de saúde.

5.2 Morbidade Crônica (Hipertensão/Diabetes)

O aumento da prevalência referida de hipertensão arterial por adultos com idade de 20 anos ou mais, no município de São Paulo, encontrado na comparação entre os dois inquéritos ISA-Capital (2003 e 2008) está em concordância com dados sugeridos por outros dois estudos baseados em dados fornecidos pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em 2003 e 2006. Em 2003 a prevalência encontrada através deste sistema foi de 17,4% (SEGRI, 2010), em 2006 (SCHMIDT et al 2009) esta prevalência já alcançava 21,4%, ambos estudos consideraram pessoas com 18 anos ou mais. O aumento pode sinalizar para melhoria no acesso aos serviços de saúde, principalmente com ampliação da atenção básica à saúde no município, apesar da existência de outros fatores inerentes a própria

população relacionados, principalmente, ao estilo de vida. Como foi apresentado nos resultados (tabela 6), o diagnóstico foi realizado por médicos em quase 100% dos casos, tanto em 2003 como em 2008, o que confirma o uso de serviços de saúde para o diagnóstico.

A prevalência referida de diabetes mellitus por pessoas com idade de 20 anos ou mais, não apresentou diferença estatística significativa no período, embora se observe tendência de aumento de seus percentuais, em concordância com dados do VIGITEL, 4,6% em 2003 (SEGRI, 2006) e 6,2% em 2008 (Schmidt, 2009), ambos para pessoas com 18 anos ou mais.

A proporção de diagnóstico recente (diagnóstico nos últimos três anos) de diabetes mellitus em adultos com idade de 20 anos ou mais diminuiu significativamente em 2008 e, certamente, se relaciona com o fato de não se ter encontrado aumento significativo da prevalência desta doença no Município de São Paulo. Lembramos que no ano de 2000 o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Este plano, que teve participação das sociedades de especialidades médicas e de portadores, das secretarias estaduais e municipais de saúde, apresentou no seu início inúmeras campanhas nacionais para identificação de casos suspeitos de hipertensão e de diabetes. A partir deste ponto podemos considerar duas situações que podem justificar a queda nos diagnósticos recentes de diabetes em 2008: primeiro – o plano foi tão bem sucedido em São Paulo que diminuiu expressivamente a quantidade de diabéticos antigos ainda sem diagnóstico; segundo – retração das campanhas de rastreamento do diabetes mellitus devido à diminuição das campanhas de identificação. O diagnóstico de diabetes mellitus tem maior complexidade para ser realizado do que o diagnóstico da hipertensão arterial, necessita para ser confirmado da realização de exames laboratoriais, o que impõe um alcance de maior profundidade no uso dos serviços de saúde, enquanto que a hipertensão pode ser confirmada apenas pela sua aferição, que não é um procedimento invasivo, é rápido de ser executado e de custo inexpressivo. Este fato poderia justificar a situação de ter diminuído os diagnósticos recentes para o

diabetes, que necessita de maiores esforços para ser mantido, e de não se ter alterado estes diagnósticos para hipertensão, que se mantém praticamente sozinho.

Porém, apesar de ter diminuído a detecção de novos casos de diabetes, aumentou significativamente a visita regular ao médico ou aos serviços de saúde pelos seus portadores. Para a hipertensão arterial, não alterou a proporção de diagnósticos recentes e também não teve modificação significativa na proporção de hipertensos que fazem visitas ao médico ou aos serviços de saúde regularmente.

As características socioedemográficas dos hipertensos e dos diabéticos, com idade de 20 anos ou mais, que visitam regularmente médicos ou serviços de saúde são muito parecidas (tabelas 7 e 9). As mulheres foram a maioria em ambas as doenças, quase o dobro da proporção de homens. Praticamente metade dos portadores das duas doenças tem idade de 60 anos ou mais. As proporções de pessoas da raça branca, em 2003 e 2008, mostram tendência de serem pouco menores para a hipertensão do que para o diabetes, provavelmente devido à maior prevalência de hipertensão entre os negros. Mais de 90% dos hipertensos e dos diabéticos moram em domicílios adequados. A maioria não exerce atividade econômica, provavelmente relacionada ao fato de serem aposentados ou pensionistas, pois, apresentam idade mais avançada. Mas, significativamente aumentou em 2008 a proporção dos que são ativos economicamente entre os diabéticos, e isto pode estar relacionado com horários de atendimentos mais flexíveis nas unidades de saúde para o acompanhamento regular dos portadores. A maioria tem renda entre meio até dois e meios salários mínimos. Em 2003, a maioria tinha escolaridade de até 4 anos de estudo e, em 2008, esta proporção se igualou com a classe que apresenta escolaridade intermediária, de 5 a 11 anos de estudo. Aproximadamente a metade dos hipertensos e dos diabéticos tem o chefe de família natural de outros locais fora do Estado de São Paulo.

Portadores das duas doenças, hipertensão e diabetes, que visitam os médicos e os serviços de saúde com regularidade, representaram, em 2003,

17,5% dos hipertensos e 68,5% dos diabéticos, em 2008 estes percentuais foram, 19,8% dos hipertensos e 62,8% dos diabéticos. Estes números confirmam a grande associação entre as duas doenças e a reforça a necessidade de ação conjunta em seus seguimentos.

Quanto ao estilo de vida, não foi possível detectar alteração significativa na composição das variáveis estudadas entre 2003 e 2008, tanto para hipertensos como para diabéticos.

Quanto às taxas de hipertensos e/ou diabéticos que visitam de forma regular o médico ou serviços de saúde por (tabelas 8 e 10), embora, no geral, para os hipertensos, esta taxa não tenha aumentado significativamente e para os diabéticos o aumento tenha sido significativo, encontramos mais categorias com aumento significativo entre os hipertensos do que entre os diabéticos. Mas os percentuais, de um modo geral, mostraram tendência de aumento, tanto para os portadores de hipertensão quanto para os portadores de diabetes. Nota-se que esta taxa de visita regular é muito reduzida entre os hipertensos desempregados e os hipertensos que têm CAGE positivo. Isto pode revelar a dificuldade de se alcançar determinadas categorias, estabelecendo com elas o uso de serviços de saúde em níveis mais profundos.

Nesta dimensão, visita regular ao médico ou serviços de saúde pelos hipertensos e pelos diabéticos, nenhuma categoria estudada teve redução nos percentuais de visita entre 2003 e 2008, exceto para homens hipertensos, que tiveram diferença insignificante dos percentuais de 62,7% para 60,8%, mas que não representou uma diferença estatística.

Este aumento na proporção de portadores de diabetes, com idade de 20 anos ou mais, que fazem visitas regulares aos médicos ou aos serviços de saúde, pode estar relacionada à nova redistribuição de atendimentos de rotina nos tipos de estabelecimento ofertados. Na figura 12 observamos que, entre 2003 e 2008, aumentou significativamente a procura por atendimento de rotina nos últimos 15 dias antes da entrevista pelos hipertensos e/ou diabéticos, com idade de 20 anos ou mais, nos ambulatórios e diminuiu nos PS e Hospitais. Mas, em contrapartida, não ocorreu aumento significativo

deste tipo de atendimento nas UBS. Este aumento no uso de ambulatórios, por sua vez, pode ser consequência da ampliação da oferta de consultas básicas da rede pública, a qual tende a induzir aumento por atendimento especializado (TANAKA & DRUMOND, 2010). Também pode resultar da política de contenção de custos das operadoras dos planos de saúde, que têm vantagens na adoção de serviços próprios (FIGUEIREDO 2002), tais como os Centros Ambulatoriais, que diminuem a demanda assistida nos consultórios médicos particulares para consultas de rotina.

5.3 Exames Preventivos (Papanicolaou, Mamografia e Próstata)

A cobertura dos exames preventivos apresentam diferenças importantes entre si. O exame de papanicolaou se manteve estabilizado na sua cobertura para mulheres com idade de 20 anos ou mais. O exame foi realizado, antes de três anos da entrevista, por quase 80% destas mulheres, tanto em 2003 como em 2008, e não foi detectada diminuição significativa na proporção de mulheres que nunca realizaram o exame. É o exame que há mais tempo vem sendo utilizado no rastreamento de câncer em saúde pública e, praticamente, alcançou as metas sugeridas pela OMS. A recomendação é de que a cobertura alcance ao menos 80% das mulheres de 35 a 59 anos de idade. Este percentual já seria considerado como suficiente para causar impacto nos indicadores de morbimortalidade por câncer de colo uterino, após quatro anos de implementação das ações de detecção precoce (OMS & THULER apud MARTINS et al).

Nas características sociodemográficas das mulheres que realizaram o último exame de papanicolaou antes de três anos da entrevista, (tabela 14) foi observado que diminuiu a proporção de mulheres com menor escolaridade, provável consequência da alteração ocorrida na população de forma geral. O aumento da proporção de mulheres que exercem atividade econômica e que pode estar relacionado com a maior flexibilidade de

horários de atendimento em algumas unidades de saúde com a abertura de períodos noturnos.

Variáveis relacionadas ao estilo de vida mostraram o aumento significativo da proporção de mulheres com história de tabagismo.

A proporção (taxa) de realização do último exame de papanicolaou antes de três anos da entrevista, verificada por categorias sociodemográficas, de saúde e da presença de risco relacionado ao estilo de vida (tabela 15) teve uma única categoria que apresentou aumento significativo, a da renda per capita familiar inferior a meio salário mínimo, mas, apesar deste aumento, esta categoria ainda permaneceu abaixo da média das taxas de realização do exame. Tiveram esta taxa, também foi menor que a média, tanto em 2003 como em 2008, as mulheres com idade de 60 anos ou mais e as mulheres com pouca escolaridade. Nas portadoras de hipertensão e nas portadoras de diabetes estas taxas também foram significativamente menores, mas, nestes dois últimos casos, só em 2008.

A proporção de mulheres que nunca realizaram exame de mamografia diminuiu significativamente de 2003 para 2008 (tabela16) e representa uma consequência direta do aumento da proporção de realização de mamografia, antes de três anos da entrevista, ocorrido no mesmo período.

VIACAVA et al, 2009 apresentou estudo que estimava a cobertura de mamografia no Município de São Paulo em 2007, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2003 e do sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) de 2007. A cobertura estimada foi 77,2% (CI95%: 76,3 – 78,1) para mulheres com idade de 50 a 69 anos. Neste mesmo estudo foi apresentado a cobertura de mamografia para a região metropolitana de São Paulo para mulheres com a mesma faixa etária de 50 a 69 anos, e que tinham realizado mamografia nos três anos anteriores ao inquérito; esta proporção foi 67,8% (CI95%: 65,5 – 70,2). Estes dados estão consistentes com as proporções encontradas nos ISA-Capital 2003 e 2008.

Entre as mulheres com 40 anos ou mais e que realizaram a última

mamografia antes de três anos da entrevista (tabela 17), aumentou a proporção das que referiram diabetes e aumentou a proporção de mulheres com história de tabagismo.

A taxa de realização de mamografia aumentou em muitas categorias analisadas (tabela 18). Para algumas categorias este aumento compensou em 2008 a diferença que havia com a média em 2003. É o caso das seguintes categorias: mulheres que não são da raça branca; mulheres com pouca escolaridade, mulheres cujos chefes de família são naturais de outros locais fora do Estado de São Paulo; mulheres com hipertensão, com diabetes e mulheres com história de tabagismo. Mulheres com 60 anos ou mais, apesar do aumento significativo nos valores, ainda mantêm taxa de realização do exame abaixo da média.

Em algumas categorias, além da taxa de realização da mamografia ter percentual abaixo da média nos dois anos, não foi possível afirmar diferença estatística entre os anos devido ao pequeno número na amostra. É o caso das mulheres que não moram em domicílio adequado, as desempregadas e nas com CAGE positivo.

Nas categorias das mulheres com alta escolaridade, com renda per capita familiar acima de dois e meio salários mínimos e nas sedentárias, as taxas de realização da mamografia foi maior que a média em 2003 e 2008.

Além da cobertura do exame papanicolaou ser maior do que a de mamografia nota-se outras diferenças que revelam mais desigualdades na realização da mamografia do que no exame papanicolaou. A realização de mamografia entre as mulheres, com idade de 40 anos ou mais, que não moram em domicílio adequado é menor do que a realização de papanicolaou em mulheres com idade de 20 anos ou mais que também não moram em domicílio adequado. O mesmo ocorre entre as mulheres de menor escolaridade, entre as mulheres que não exercem atividade econômica, entre as desempregadas, entre as que têm renda per capita menor que meio salário mínimo e entre as que têm CAGE positivo.

Portanto, pode-se ter a visão de que o exame de mamografia ainda caminha por trilhas já ultrapassadas pelo exame de papanicolaou que, por

ter sido incorporado há mais tempo às práticas da saúde pública, apresenta menos iniquidades na sua cobertura. Não significa, no entanto, que o exame de papanicolaou tenha alcançado seu ponto ideal. É só ver a taxa de realização deste exame em mulheres com menos escolaridade por exemplo.

Quanto à cobertura do exame de próstata, os resultados encontrados são muito menos expressivos do que os dois anteriores. É muito menos abrangente e fica, ainda, mais evidente a associação desta falha de cobertura com as desigualdades sociais existentes. Contribui para este resultado o fato de que ainda não existe um programa oficialmente implantado de rastreamento do câncer de próstata. Os motivos se baseiam nas incertezas quanto à história natural da doença e da baixa acurácia dos exames empregados.

As características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida dos homens com idade de 40 anos ou mais e que realizaram algum tipo de exame de próstata nos últimos três anos (tabela 20) revelaram que algumas mudanças apontam para a diminuição de desigualdades na cobertura destes exames. Pode-se observar o aumento na proporção de homens que não são da raça branca de 2003 para 2008, a diminuição da proporção de homens com mais escolaridade e maior renda per capita familiar. homens com média escolaridade.

Quanto à taxa de realização de algum exame de próstata nos últimos três anos, ocorreu aumento no seu valor para algumas categorias específicas: nos idosos, nos de raça não branca, nos de pouca e média escolaridade, nos aposentados, nos de renda média e nos portadores de hipertensão arterial. Estes aumentos diminuíram diferenças que certas categorias tinham em relação à média, como é o caso dos homens que não são da raça branca, dos homens com pouca ou média escolaridade e nos que têm renda per capita familiar média, que tinham a taxa de realização de algum destes exames para próstata abaixo do que as outras categorias.

Algumas categorias se mantiveram com esta taxa abaixo da média nos dois anos analisados, como a dos homens que moram em domicílio inadequado, nos desempregados e nos que têm CAGE positivo.

Outras categorias têm esta taxa acima da média, como é o caso dos idosos e dos que são portadores de hipertensão arterial.

5.4 Fontes de pagamentos dos serviços de saúde

O SUS e os Planos de Saúde foram responsáveis pela quase totalidade do financiamento de uso de serviços de saúde nas dimensões: morbidade aguda e morbidade crônica (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus). Juntos, esta participação chegou ao redor dos 90% do total em cada dimensão, tanto em 2003 como em 2008. Para os exames preventivos mamografia e exames para próstata, esta participação é discretamente menor, mas ainda majoritária, ultrapassando 80% do total, no período. Este fato pode sugerir mais dificuldades para obter este tipo de serviço (exames preventivos) financiado pelo SUS ou pelos planos de saúde, sendo necessário, então, o uso de recursos próprios para o pagamento dos exames. Também pode sinalizar que a participação dos serviços ocupacionais de empresas ou de outras instituições é mais significativa nesta dimensão.

Na morbidade aguda, o SUS foi a principal fonte de pagamento no período e, a diferença da sua participação com a dos planos de saúde, aumentou no ano de 2008, em relação a 2003. Contribuiu para este aumento a redução da participação dos planos de saúde que, por sua vez, foi consequência da diminuição dos planos de saúde individuais, conforme pode ser observado na tabela 5. Estes dados estão de acordo com os da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, que em junho de 2003 informou haver 1.371.446 beneficiários com planos de saúde individual ou familiar, representando 30,9% dos 4.444.133 beneficiários com tipos de planos identificados e, em junho de 2008, informou haver 1.557.202 com planos individuais ou familiares, 26,3% dos 5.925.910 beneficiários com o tipo de plano identificados (ANS, 2011).

Na morbidade crônica, o percentual da participação do SUS no atendimento dos hipertensos que procuraram procedimentos de rotina

diminuiu de 59,5%, em 2003, para 51,0%, em 2008, e dos diabéticos aumentou de 42,8% para 50,4%, mas não foi possível provar que estas diferenças foram significantes. Para os planos de saúde, estes percentuais para hipertensos foram de 38,0% e 38,2, em 2003 e 2008, respectivamente, e de 50,9% e 43,7% para os diabéticos, também em 2003 e 2008, respectivamente.

Para os exames preventivos percebe-se uma relação direta entre a participação dos SUS e a cobertura do exame, de forma que, quanto maior a cobertura maior é participação. É o que acontece com o exame papanicolau, onde somente 9,7% (CI95%: 7,8 – 12,0) das mulheres em 2008, com idade de 20 anos ou mais, referiu que nunca realizaram o exame. Neste caso, a participação do SUS foi de 45,8 % (CI95%: 41,5 – 50,2) em 2003 e 40,6% (CI95%: 34,4 – 47,1). Com a mamografia, 17,9% (CI95%: 14,9 – 21,5) das mulheres em 2008, com idade de 40 anos ou mais, nunca tinham realizado o exame. Neste caso, a participação do SUS foi menor e chegou a 32,7% (CI95%: 27,0 – 38,9) em 2003 e a 33,4 (CI95%: 27,7 – 40,8) em 2008. Para os exames de próstata, em 2008 44,7% (CI95%: 38,4 – 51,1) dos homens com idade de 40 anos ou mais nunca haviam realizado nenhum tipo de exame para avaliação da próstata. Neste caso, o SUS teve participação de 20,1% (CI95%: 13,7 – 28,6) em 2003 e de 26,3% (CI95%: 20,2 – 33,5) em 2008.

Para todas as dimensões da saúde analisadas, verificamos que a participação do SUS é tanto maior quanto menor é escolaridade do entrevistado (ou do chefe de família se o entrevistado tiver idade menor que 20anos).

Entre as várias responsabilidades do SUS, é no seu papel de amortecedor das desigualdades em saúde é percebemos com mais profundidade a sua importância. Caso não tenha sido tão revelador nas dimensões da morbidade aguda e na morbidade crônica este papel, nos exames preventivos torna-se impossível não perceber a sua presença, ou melhor dizendo, a sua ausência. Aonde o SUS é menos atuante é aonde se verifica as maiores iniquidades em saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento na procura por serviços de saúde entre os que procuraram ajuda, devido à morbidade aguda ocorrida nos 15 dias que antecederam a entrevista, foi global e alcançou, praticamente, todas as categorias socioeconômicas, de saúde e de estilo de vida analisadas. Nenhuma categoria teve a taxa de procura abaixo da média no período. Considerando que a participação do SUS se consolidou em 2008 como a principal fonte de pagamento nesta dimensão, a sua contribuição foi imprescindível para o alcance deste resultado, mantendo o direcionamento do sistema de saúde do Município de São Paulo para um dos mais importantes objetivos da saúde na atualidade, que é a diminuição das iniquidades no uso de serviços de saúde. Este desempenho do SUS pode ter sido resultado de alterações na estrutura do sistema público de saúde, visto que aumentou a oferta de serviços na rede básica no município, principalmente com a criação das AMA e com a expansão dos USF. Também foi detectado, no período, o redirecionamento da demanda assistida, com diminuição de atendimento nos PS e nos hospitais da rede pública e, conseqüentemente, aumento da procura nas UBS e ambulatórios.

Para as morbidades crônicas, hipertensão arterial e diabetes mellitus, entre pessoas com idade de 20 anos ou mais, o aumento da prevalência da hipertensão e a diminuição da proporção de novos casos de diabetes podem ter sinalizado para um desempenho satisfatório dos serviços de saúde, uma vez que, para o diabetes, pode estar ocorrendo a exaustão dos casos antigos que havia, mas estavam sem diagnóstico. Apesar disto, não se pode deixar de analisar para uma possível retração na execução de programas de rastreamento. O aumento da proporção de diabéticos que visitam regularmente médicos e serviços de saúde também revelou um aspecto positivo do uso num nível maior de profundidade.

Entre os exames preventivos, a mamografia para mulheres com idade de 40 anos ou mais foi o único exame que apresentou aumento significativo

na sua cobertura. Mostrou sinais a favor da redução das desigualdades ao se constatar que este aumento ocorreu, principalmente, nas categorias de mulheres menos privilegiadas. A menor cobertura, abaixo de 50% no período, foi verificada para os exames de próstata em homens com idade de 40 anos ou mais e foram os que carregaram as maiores desigualdades na taxa de realização. O exame de papanicolaou para mulheres com idade de 20 anos ou mais já tinha a sua cobertura próxima aos valores recomendáveis pela OMS, em 2003. Assim mesmo, o aumento verificado na realização deste exame em mulheres com menor escolaridade está na direção de torná-lo cada vez mais equânime.

O SUS confirmou ser o meio mais importante de assistência médica para a classe de menor escolaridade em todas as dimensões analisadas. Na morbidade aguda o SUS foi a principal fonte de pagamento, sendo observada tendência de aumento da sua participação até na classe de maior escolaridade. Porém, na cobertura dos exames preventivos encontramos suas maiores limitações. Até mesmo na mamografia, cuja proporção de mulheres com o exame em dia (tinham realizado o último exame em tempo inferior a três anos) aumentou significativamente, a sua participação não se alterou.

Este trabalho teve como limitação o uso de dados de dois inquéritos de saúde com objetivos mais amplos. Foram criados subgrupos a partir dos grupos de dados das estruturas originais. Tais subgrupos, muitas vezes, apresentaram número pequeno de observações, resultando em grande variabilidade. Consequentemente aumentou a possibilidade do erro tipo beta. Outra limitação é a própria delimitação do objeto do trabalho. Para trazer informações mais globais sobre o uso dos serviços de saúde analisamos múltiplos aspectos para caracterizá-lo. Isto impossibilitou o aprofundamento das várias vertentes de pesquisas que se abriram. Mas o trabalho apresentou tendências e abre espaço para pesquisas futuras em tópicos específicos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* v.36, p.1-10, 1995.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Beneficiários por UF, região metropolitana e capital. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_BR.DEF. Acesso em: 29 jun. 2011.

ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health*, n. 93, p. 2.037-2.043, 2003.

BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; MONTERO, C. V.; SILVA, Z. P. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 305-313, fev. 2007.

BARROS, M.B.A. Os inquéritos domiciliares e o estado de saúde da população. In: CESAR, C.L.G; CARANDINA, L.; ALVES, M.C.G.P.; BARROS, M.B.A.; GOLDBAUM, M. *Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

BREILH, J. *Epidemiologia, Política e Saúde*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista/Fundação para o Desenvolvimento da UNESP/Hucitec, 1991.

CAMPOS, C.E.A. Estratégia de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. bras. saúde mater. infant*, Recife, v. 5, n. 1, p.63-69, 2005.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-443, 2006.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y., 1996, Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad. Saúde Pública*, v.12, n.2, p. 59-70, 1996.

CONSTANZO, G. A.; VERTINSKY, I.. Measuring the quality of health care: a decision oriented tipology. *Med. Care*, v.13, p.417-431, 1975.

DIAS-DA-COSTA, J.S.; PRESSER, A.D.; ZANOLLA, A. F.; FERREIRA, D. G.; PEROZZO, G.; FREITA, I. B. A.; PORTOLAN, L. T.; TAVARES, R. T., OLINTO, M. T. A.; PATTUSSI, M. P. Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2843-2851, dez, 2008a.

DIAS-DA-COSTA, J.S.; GIGANTE, D. P.; HORTA, B. L.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Utilização dos serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 51-9, dez. 2008b.

DUTTON D.. Financial, organizational and Professional factors affecting health care utilization. *Soc Sci Med*, v. 23, n. 271-35, 1986.

EVANS, R.G.; BARER,M.L.; MARMOR, T.R. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter, 1994.

FIGUEIREDO, L. F. *Serviços Próprios X Serviços Credenciados*, São Paulo, 2002, (Preparado para o Seminário Internacional, Parcerias Inteligentes: Construindo um Relacionamento Estratégico Entre Prestadores de Serviços de Saúde e Financiadores dos Sistemas).

FOX, P. D. Access to medical care for the poor: a federal perspective. *Med. Care*, v. 10, p. 272, 1972.

GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J; NOVAES, H. M. D.; CESAR, C. L. G., 2005,

Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.1, p. 90-99, 2005.

JUNQUEIRA, V..*Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. 2ª edição. São Paulo, Polis/PUC-SP, p. 41-46, 2002.

MALTA, D.C.; LEAL, M. do C.; COSTA, M.F.L.; MORAIS NETO, O.L. de. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev. bras. Epidemiol*, v.11, n.1 p. 159-167, 2008.

MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do Exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rio de Janeiro, 2005. *Bras Ginecol Obstet*, v.27, n.8, p.485-92, 2005.

MASUR, J. et al. Asthma management and outcomes in Australia: a nationwide telephone interview survey. *Respirology*, v.12, n.2, p.212-9, 2007.

O'DONNELL, W. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 23, n. 12, p. 2820-2834, 2007.

PAIM, J. S. As ambigüidades da noção de necessidades de saúde. In: *Introdução à Crítica do Planejamento de Saúde* (J. S. Paim & F. N. Almeida, orgs) Salvador: Universidade Federal da Bahia/Departamento de Medicina Preventiva, p. 55-78, 1982.

PEREIRA, J.C.R. *Bioestatística em outras Palavras*. São Paulo, EDUSP – FAPESP, p.153-200, 2010.

PINHEIRO, R. S; VIACAVA, F; TRAVASSOS, C; BRITO, A dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v.7, n.4, p. 687-707, 2002.

PINTO, N.R.S.; TANAKA O.Y.; SPEDO S. M.. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.927-938, 2009.

PUCCINIP, T.. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica do Sistema Único de Saúde, 2006. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p.2755-2766, 2008.

RIBEIRO, M. C. S.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; SILVA, Z. P. Perfil Sociodemográfico e Padrão de Utilização de Serviços de Saúde para Usuários e não-Usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

SANTOS, I S, VICTORA C. G. *Serviços de Saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação*, *Cad. Saúde Pública*. v.20, n.2, p.337-41, 2004.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*; v.7, p.757-76, 2002.

SEGRI, N. J. et al. Inquérito de saúde: comparação dos entrevistados segundo posse de linha telefônica residencial. *Rev. Saúde Pública*, v.44, n.3, p. 503-512, 2010.

SHENGELIA, B.; MURRAY, C. J. L.; ADAMS, O. Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. In: MURRAY, C. J. L.; EVANS, D. B. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication. cap. 20, p. 221-34, 2003.

SOBRINHO, E.J.M.A. Prefácio: São Paulo de volta ao Brasil e à Constituição. In: SOUZA MF, MENDES A, organizadores. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, p. 11-5, 2003.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad. Saúde Publ*. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, 1994.

SIMÃO, M; NOGUEIRA , M S; HAYASHIDA, M; CESARINO, E J. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. *Rev. Eletr. Enf*, v.4, n.2, p.27 – 35, 2002,

Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 3 jul. 2011.

TANAKA, O.Y.; DRUMOND JÚNIOR, M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. *Epidemiol. Serv. Saúde*; v.19, n.4, p.355-366, 2010.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v.5, n.1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C. *Equity in the Use of Private Hospitals Contracted by a Compulsory Insurance Scheme in the City of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986*. Tese de doutorado. The London School of Economics and Political Science, Londres. p. 282, 1992

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.2, p. 190-198, 2004.

UNICEF. *Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata, 1978*. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1979.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p.607-621, 2002.

VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; PINHEIROS, R.S.; BRITO, A. *Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil*. Relatório final da pesquisa. Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 108, 2001.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A.M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde Soc*, v.9, p.127-50, 2000.

ANEXO – 1:

QUESTÕES UTILIZADAS DOS QUESTIONÁRIOS
ISA – CAPITAL: 2003 E 2008

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

C 04 _ (2003/2008). O(a) sr.(a) procurou alguma ajuda ou conversou com alguém para resolver esse problema de saúde, nos últimos 15 dias?

<i>passa p/ questão C 25 _ .</i> 	não	1
	sim	2
<i>passa p/ questão C 30 _ .</i> 	NS/NR	9

C 05 _ (2003). Quem o(a) sr.(a) procurou ou com quem conversou?

Pode haver mais de uma resposta

(quando referir serviço de saúde, indagar, qual profissional procurava.)

	médico	1
	dentista	2
	psicólogo	3
	profissional do PSF.	4
	outro profissional de saúde, especif.: _____	5
<i>passa p/ questão C 30 _ .</i> 	} farmacêutico	6
		outros, especif.: _____
	NS/NR	9

C 05 _ (2008). Quem o(a) sr.(a) procurou ou com quem conversou?

Pode haver mais de uma resposta

(quando referir serviço de saúde, indagar, qual profissional procurava.)

	médico	1
	enfermeiro	2
	outro profissional de saúde, especif.: _____	3
<i>passa p/ questão C 30 _ .</i> 	} profissional de farmácia	4
		outros, especif.: _____
	NS/NR	9

C 06 _ (2003). Qual foi o serviço de saúde que o(a) sr.(a) procurou?

(considerar o primeiro serviço de saúde procurado)

	unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde)	1
	consultório	2
	ambulatório	3
	pronto socorro/emergência	4
	hospital	5
	atendimento domiciliar feito pelo PSF	6
	outro, especif.: _____	7
	NS/NR	9

C 06 _ (2008). Qual foi o serviço de saúde que o(a) sr.(a) procurou?
(considerar o primeiro serviço de saúde procurado)

unidade básica de saúde	}	UBS tradicional	1
		AMA / PA	2
		UBS / ESF ou PSF	3
	consultório	4	
	ambulatório	5	
	pronto socorro/emergência	6	
	hospital	7	
	outro, especific.: _____	8	
	NS/NR	9	

C 09 _ (2003/2008) . O(a) sr.(a) foi atendido no serviço que procurou?

<i>passa p/ questão C 26 _</i> . 	não	1
<i>passa p/ questão C 27 _</i> . 	não, mas foi feito agendamento	2
	sim	3
<i>passa p/ questão C 30 _</i> . 	NS/NR	9

C 12 _ (2003/2008) . Quem cobriu ou complementou os gastos?

Pode haver mais de uma resposta

SUS	1
previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal)	2
sindicato/ associação de categoria	3
empresa	4
convênio empresa, especific.: _____	5
plano individual de saúde, especific.: _____	6
o próprio entrevistado	7
outro, especific.: _____	8
NS/NR	9

DOENÇAS CRÔNICAS

BLOCO D

O(a) sr.(a) tem alguma doença crônica, uma doença de longa duração ou que se repete com alguma frequência?

	não	sim	NS/NR
D 02(2003/2008). Hipertensão (pressão alta)	1	2 <i>preencha o bloco D 1</i>	9
D 03(2003/2008). Diabetes	1	2 <i>preencha o bloco D 2</i>	9

HIPERTENSÃO

BLOCO D 1

D 02 1(2003/2008). Quem lhe disse que o(a) sr.(a) tem pressão alta?

médico 1
 outros 2
 NS/NR 9

D 03 1(2003/2008). Há quanto tempo lhe disseram que o(a) sr.(a) tem pressão alta?

anos

NS/NR 99

D 05 1(2003/2008). O(a) sr(a) visita o médico/ serviço de saúde periodicamente por causa da pressão alta?

não 1
 não, só quando tem problema 2
 sim, de rotina 3
 NS/NR 9

passa p/ questão D 07 1.

DIABETES

BLOCO D 2

D 02 2(2003/2008). Quem lhe disse que o(a) sr.(a) tem diabetes?

médico	1
outros	2
NS/NR	9

D 03 2(2003/2008). Que idade o(a) sr.(a) tinha quando lhe disseram que o(a) sr.(a) tinha diabetes?

_____ anos

<i>passa p/ questão E 01.</i>  teve diabetes só durante a gestação	98
NS/NR	99

D 05 2(2003/2008). O(a) sr.(a) visita o médico/ serviço de saúde periodicamente por causa do diabetes?

não	1
não, só quando tem problema	2
<i>passa p/ questão D 07 2.</i>  sim, de rotina	3
NS/NR	9

OUTROS USOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

G 11(2003). Qual(is) foi(ram) o(s) motivos?

Pode haver mais de uma resposta

atestado médico	01
pré-natal	02
puericultura	03
parto	04
exame de rotina	05
tratamento de reabilitação	06
exames preventivos	07
vacinação	08
exame	09
consulta previamente marcada	10
agendamento de consulta e/ou exame	11
outros, especif.: _____	12
NS/NR	99

G 11(2008). Qual(is) foi(ram) o(s) motivos?

Pode haver mais de uma resposta

atestado médico	01
pré-natal	02
puericultura	03
parto	04
exame de rotina	05
tratamento de reabilitação	06
exames preventivos	07
vacinação	08
exame	09
consulta previamente marcada	10
agendamento de consulta e/ou exame...	11
outros, especif.: _____	12
NS/NR	99

USO DE SERVIÇOS PARA OUTROS MOTIVOS

BLOCO G ____

G 03 _(2003). Qual foi o serviço procurado?

(considerar o primeiro serviço de saúde procurado)

unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde)	01
consultório	02
ambulatório	03
pronto socorro/emergência	04
hospital	05
atendimento domiciliar feito pelo PSF.	06
laboratório	07
centro de diagnóstico	08
outro, especif.: _____	09
NS/NR	99

G 03 _(2008). Qual foi o serviço procurado?

(considerar o primeiro serviço de saúde procurado)

unidade básica de saúde	{	UBS tradicional	01
		AMA / PA	02
		UBS / ESF ou PSF	03
		consultório	04
		ambulatório	05
		pronto socorro/emergência	06
		hospital	07
		laboratório	08
		centro de diagnóstico	09
		outro, especif.: _____	10
		NS/NR	99

G 08 (2003/2008). Quem cobriu ou complementou os gastos?*Pode haver mais de uma resposta*

SUS	1
previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal)	2
sindicato/ associação de categoria	3
empresa	4
convênio empresa, especif.: _____	5
plano individual de saúde, especif.: _____	6
o próprio entrevistado	7
outro, especif.: _____	8
NS/NR	9

EXAMES PREVENTIVOS

BLOCO H**PARA TODAS AS MULHERES COM 20 ANOS OU MAIS****H 01(2003/2008). O exame de Papanicolau é usado nos programas de prevenção de câncer de colo de útero. A senhora fez este exame alguma vez?**

<i>passa p/ questão H 05.</i>		não	1
		sim	2
		NS/NR	9

H 02(2003/2008). Quando foi a última vez?

há menos de 1 ano	1
há 1 a 2 anos incompletos	2
há 2 a 3 anos incompletos	3
há mais de 3 anos	4
NS/NR	9

H 04(2003/2008). Esse serviço de saúde é:

passa p/ questão H 06.



SUS	1
previdência governamental (Estado/Município)...	2
privado/particular	3
serviço de sindicato/ associação de categoria	4
serviço próprio de empresa	5
outro, especif.: _____	6
NS/NR	9



PARA TODAS AS MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS.

H 10(2003/2008). A mamografia é um raio X dos seios, e é utilizada nos programas de prevenção de câncer de mama. Quando foi a última vez que a senhora fez este exame?

passa p/ questão H 20.



nunca fez mamografia	1
fez, há menos de 1 ano	2
fez, há 1 ou 2 anos incompletos	3
fez, há 2 ou 3 anos incompletos	4
fez, há mais de 3 anos	5
NS/NR	9

H 13(2003/2008). Quem cobriu ou complementou os gastos?

Pode haver mais de uma resposta

SUS	1
previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal)	2
sindicato/ associação de categoria	3
empresa	4
convênio empresa, especif.: _____	5
plano individual de saúde, especif.: _____	6
o próprio entrevistado	7
outro, especif.: _____	8
NS/NR	9



PARA TODOS OS HOMENS COM 40 ANOS OU MAIS.

H 14(2003/2008). Existem exames utilizados nos programas de prevenção de câncer de próstata. O sr. já fez algum exame com esta finalidade?

passa p/ questão H 20. 

não	1
sim	2
NS/NR	9

H 15(2003/2008). Qual(is) exame(s)?

Pode haver mais de uma resposta

fez toque retal	1
fez exame de sangue (PSA)	2
fez ultra-sonografia	3
fez biópsia	4
NS/NR	9

H 16(2003/2008). Quando foi a última vez que o sr. fez algum desses exames?

há menos de 1 ano	1
há 1 a 2 anos incompletos	2
há 2 a 3 anos incompletos	3
há mais de 3 anos	4
NS/NR	9

H 19(2003/2008). Quem cobriu ou complementou os gastos?

Pode haver mais de uma resposta

SUS	1
previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal) ...	2
sindicato/ associação de categoria	3
empresa	4
convênio empresa, especif.: _____	5
plano individual de saúde, especif.: _____	6
o próprio entrevistado	7
outro, especif.: _____	8
NS/NR	9

ESTILO DE VIDA

BLOCO L



PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS.

HÁBITO ALIMENTAR

L 02(2003/2008). Qual a sua altura? ___ m. e ___ cm.

NS/NR 9/ 99

L 03(2003/2008). Qual o seu peso? ___ Kg. e ___ gr.

NS/NR999/ 999

Seção 4 – ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

As próximas perguntas se referem as atividades físicas que o(a) sr.(a) fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente naquelas atividades físicas que o(a) sr.(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos. Não inclua atividades que já tenha citado.

L 17a(2003/2008). Sem contar qualquer caminhada que o(a) sr.(a) já tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) caminhou por pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

___ dias

passa p/ questão L 18a. nenhum 0

NS/NR 9

L 18a(2003/2008). Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) fez atividades físicas vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos como correr, fazer exercícios aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging?

___ dias

passa p/ questão L 19a.  nenhum 0
NS/NR 9

L 19a(2003/2008). Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) fez atividades físicas moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis?

___ dias

passa p/ questão L 20.  nenhum 0
NS/NR 9

FUMO

L 22(2003/2008). O(a) sr.(a) já fumou alguma vez, ao menos algum cigarro por dia, todos os dias durante ao menos um mês?

passa p/ questão L 33.  não 1
sim 2
NS/NR 9

ÁLCOOL

L 37(2003/2008). Alguma vez o(a) sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

não 1
sim 2
NS/NR 9

L 38(2003/2008). As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

não 1
sim 2
NS/NR 9

L 39(2003/2008). O(a) sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

não	1
sim	2
NS/NR	9

L 40(2003/2008). O(a) sr.(a) fica chateado ou se sente culpado pela maneira como costuma beber?

não	1
sim	2
NS/NR	9

L 41(2003/2008). Com que frequência o(a) sr.(a) toma bebida alcoólica?

todos os dias	1
4 a 6 vezes por semana	2
2 a 3 vezes por semana	3
1 vez por semana	4
1 a 2 vezes por mês	5
menos de 1 vez por mês	6
NS/NR	9

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

(INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO)

BLOCO O



PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS.

(SE FOR CHEFE DE FAMÍLIA PASSE PARA O BLOCO P)

O 06(2003/2008). Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?

nunca freqüentou, não sabe ler e escrever	01
nunca freqüentou, sabe ler e escrever	02
ensino fundamental/ 1º grau ou primário (ano/série) (11 - 14)	1 __
ensino fundamental/ 1º grau ou primário (ano/série) (15 - 18)	1 __
ensino médio/2º grau ou colegial (ano/série) (21 - 23)	2 __
ursos técnicos de nível médio incompletos	25
ursos técnicos de nível médio completos	26
curso superior incompleto	30
curso superior completo .,.....	31
NS/NR	99

O 07(2003/2008). Atualmente o(a) sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

	sim, em atividade	01
	sim, mas afastado por motivo de doença	02
	sim, e também aposentado	03
	não, desempregado	04
	não, aposentado	05
	não, dona de casa	06
	não, pensionista	07
	não, só estudante	08
	outros	09
	NS/NR	99

passa p/ questão P 01. 

CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA E DO DOMICÍLIO**BLOCO P****PREENCHER UM BLOCO PARA CADA FAMÍLIA.**

P 0(2003/2008) 9. Caracterização do domicílio:

casa	1
apartamento	2
barraco	3
casa de cômodos (cabeça de porco/cortiço)	4
outros, especif.: _____	5
NS/NR	9

P 10(2003/2008). A sua casa é:

cedida	1
alugada	2
própria quitada	3
própria pagando	4
outros, especif.: _____	5
NS/NR	9

P 11(2003/2008). Quantos cômodos tem sua casa, tirando o banheiro?

NS/NR 99

P 12(2003/2008). As paredes externas do domicílio são de alvenaria?

sim	1
em parte	2
não, outros. Especif.: _____	3
NS/NR	9

Na rua da sua casa existe:**P 13a(2003/2008). pavimentação**

não	1
sim	2
NS/NR	9

P 13b(2003/2008). guias e sarjetas

não	1
sim	2
NS/NR	9

P 13c(2003/2008). iluminação pública

não	1
sim	2
NS/NR	9

P 14(2003/2008). O abastecimento de água de sua casa é

rede pública interna	1
rede pública externa	2
outros, especificar: _____	3
NS/NR	9

P 15(2003/2008). Qual o tipo de instalação sanitária do domicílio?

interna	1
externa	2
outros, especific.: _____	3
NS/NR	9

P 16(2003/2008). Qual o destino do esgoto?

sistema público de esgoto	1
outros, especific.: _____	2
NS/NR	9

P 17(2003/2008). Qual o destino do lixo?

coleta pública regular	1
outros, especific.: _____	2
NS/NR	9

P 18(2003/2008). Que tipo é a iluminação artificial do domicílio?

elétrica	1
outros, especific.: _____	2
NS/NR	9

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

(INFORMAÇÕES DO CHEFE DA FAMÍLIA)

BLOCO Q

Q 05(2003/2008). Onde o(a) sr.(a) nasceu?

outro município, especifique município e estado: _____
 no próprio município 0000001
 NS/NR 9999999

Q 08(2003/2008). Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?

nunca freqüentou, não sabe ler e escrever 01
 nunca freqüentou, sabe ler e escrever 02
 ensino fundamental/ 1º grau ou primário (ano/série) (11 - 14) 1 __
 ensino fundamental/ 1º grau ou primário (ano/série) (15 - 18) 1 __
 ensino médio/2º grau ou colegial (ano/série) (21 - 23) 2 __
 cursos técnicos de nível médio incompletos 25
 cursos técnicos de nível médio completos 26
 curso superior incompleto 30
 curso superior completo . , 31
 NS/NR 99

Q 09(2003/2008). Atualmente o(a) sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

sim, em atividade 01
 sim, mas afastado por motivo de doença 02
 sim, e também aposentado 03
 não, desempregado 04
 não, aposentado 05

} não, dona de casa 06
} não, pensionista 07
} não, só estudante 08
} outros 09
} NS/NR 99

passa p/ questão Q 17.

Inquérito de Saúde no Município de São Paulo

Termo de consentimento livre e esclarecido

O Senhor (Sra.) está sendo convidado para participar da pesquisa: “Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – 2008”. O objetivo deste estudo é conhecer melhor as condições de vida e saúde dos moradores do Município de São Paulo. Estas informações poderão ajudar na elaboração de propostas para melhorar o atendimento de saúde da cidade de São Paulo. Esta pesquisa é um estudo conjunto da Universidade de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde São Paulo.

Numa entrevista, serão coletadas informações sobre sua saúde, seus comportamentos relacionados à saúde, o uso de serviços de saúde, bem como sobre suas condições sócio-econômicas.

Na divulgação dos dados não haverá identificação dos entrevistados e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso aos nomes dos entrevistados nesta pesquisa.

A sua decisão pela participação ou não da pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar. Sua recusa não implicará nenhuma alteração no atendimento na unidade de saúde habitual.

Os pesquisadores responsáveis por este trabalho estarão à disposição para qualquer esclarecimento e informações adicionais relativos a esta pesquisa.

Caso tenha alguma reclamação sobre esta pesquisa também poderá entrar em contato com o comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde à Rua General Jardim, 36, 2º andar, fone 3218-4043.

Eu, _____
residente à Rua _____ nº ____ bairro
_____ aceito o convite e afirmo meu consentimento para
participar na pesquisa “Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – 2008”.

São Paulo, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do(a) entrevistado _____

Assinatura do(a) entrevistador(a) _____

Contactos com os responsáveis pela pesquisa:

Prof. Dr. Moisés Goldbaum

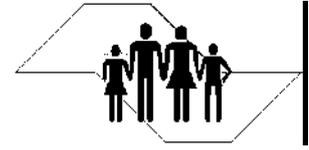
Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – Tel 3061-7084/7444

Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar

Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP – Tel 3061-7739

Dr^a Margarida Lira

Coordenação de Epidemiologia e Informação/ Secretaria Municipal de Saúde- Tel 3218-4090

ANEXO – 2:**ISA-CAPITAL*****PLANO DE AMOSTRAGEM***

PLANO DE AMOSTRAGEM – ISA CAPITAL 2003

A população de estudo refere-se à população residente em área urbana do Município de São Paulo no período de realização do inquérito.

Considerando os objetivos da pesquisa, foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos sexo/idade: menores de um ano, de 1 a 11 anos de idade, mulheres de 12 a 19; 20 a 59 e 60 ou mais, e homens, nas mesmas faixas etárias. Para cada um desses domínios, foi planejada a realização de 420 entrevistas, perfazendo um tamanho de amostra total de 3360 indivíduos (Tabela 1 e Anexo 1).

Tabela 1. Tamanho de amostra planejado, segundo grupo sexo/idade. ISA-Capital, 2002.

Grupo sexo/idade	Nº. Pessoas
Menor 1 ano	420
1 a 11 anos	420
Mulheres de 12 a 19 anos	420
Homens de 12 a 19 anos	420
Mulheres de 20 a 59 anos	420
Homens de 20 a 59 anos	420
Mulheres de 60 anos ou mais	420
Homens de 60 anos ou mais	420
Total	3360

A amostra foi sorteada em estágios: setores censitários e domicílios. O município foi estratificado segundo escolaridade do chefe de família, considerando o percentual de chefes com nível universitário em três níveis: até 5%, 5% (inclusive) a 25% e 25% ou mais, conforme divisão utilizada no ISA-SP.

O ponto de partida para o sorteio foi a PNAD-2002 que amostrou no Município de São Paulo 264 setores censitários urbanos, não pertencentes ao estrato de novas construções, entre os quais foram sorteados 60 setores para compor a amostra do ISA-Capital, sendo 15, 28 e 17, respectivamente, nos estratos 1, 2 e 3. Essa partição seguiu a distribuição dos setores censitários da PNAD pelos estratos.

Em cada setor, planejou-se a obtenção de 7 entrevistas de cada grupo sexo/idade de interesse e para se precaver da perda de 20% de unidades da amostra em função da não resposta, foi previsto o sorteio de 8,75 pessoas em cada grupo sexo/idade ($7/0,8=8,75$).

Considerando as razões pessoas/domicílios observadas no Censo-2000 (Tabela 2), foi determinado o número de domicílios que precisariam ser visitados para se encontrar o número planejado de pessoas. Com base nos domínios menos frequentes, o de homens de 60 anos ou mais no estrato 1 e o de menores de um ano nos estratos 2 e 3, foi determinado que seriam visitados 130, 170 e 245 domicílios, nos estratos 1, 2 e 3, respectivamente, valores que correspondem à divisão de 8,75 pelas razões 0,07; 0,0518 e 0,0362 (arredondados para cima).

Tabela 2. Razão pessoas / domicílios, segundo estrato e grupo idade/sexo. Município de São Paulo, 2000.

Grupo Idade/sexo	Estrato		
	1	2	3
<1	0,0879	0,0518	0,0362
1 a 11	0,9298	0,5626	0,3865
12 a 19-M	0,3085	0,2467	0,1873
12 a 19 – F	0,3388	0,2531	0,1918
20 a 59 – M	1,0189	0,9160	0,8421
20 a 59 – M	1,0487	1,0354	1,0000
60 e + - M	0,0700	0,1563	0,1822
60 e + - F	0,1005	0,2182	0,2706
Total	3,903	3,439	3,097

Fonte: Censo 2000.

Na Tabela 3 estão indicados os números de unidades de amostragem sorteadas.

Tabela 3. Unidades de amostragem sorteadas, segundo estrato. ISA-Capital

Estrato (%ch.NU)	Setores	Domicílios		Pessoas
		por setor	na amostra	
<5%	15	130	1950	1092
5% – 25%	28	170	4760	1972
25%	17	245	4165	1206
Total	60		10875	4270

Essa amostra de 10875 domicílios foi denominada amostra principal. Porém, para que no conjunto desses domicílios fosse selecionado somente o número planejado de pessoas de cada domínio, foram calculados os intervalos de amostragem a serem utilizados em novo sorteio de domicílios dentro da amostra principal (Tabela 4). Esses números (intervalos amostrais) indicaram a fração de domicílios nos quais as pessoas dos diferentes domínios deveriam ser buscadas. Como exemplo, no estrato 1,

foram selecionados os homens de 20 a 59 anos que residiam em um a cada 13,2837 domicílios da amostra principal.

Tabela 4. Intervalo entre os domicílios da amostra principal para seleção de pessoas nos domínios.

GRUPO	ESTRATO		
	1	2	3
Menor 1	1,2560	1	1
1 a 11	13,2837	10,8511	10,6667
Homens / 12 a 20	4,4083	4,7360	5,1696
Mulheres / 12 a 20	4,8408	4,8820	5,2924
Homens / 20 a 59	14,5571	17,6657	23,2398
Mulheres / 20 a 59	14,9827	19,9691	27,5965
Homens / 60 e mais	1	3,014	5,0292
Mulheres / 60 e mais	1,436	4,2079	7,4678

Os estágios de seleção da amostra principal em cada estrato e as respectivas frações de amostragem foram:

1º. estágio → sorteio de setores censitários da PNAD (a_1 setores) com probabilidade proporcional ao tamanho M_i , expresso pelo número de domicílios do setor no Censo2000, $f_1 = \frac{a_1 M_i}{M}$, sendo M o número de domicílios do estrato;

2º. estágio → sorteio de setores censitários do ISA-Capital (a_2 setores) com probabilidade fixa, $f_2 = \frac{a_2}{a_1}$;

3º. estágio → sorteio de domicílios (b) com probabilidade inversa o tamanho atual do setor, $f_3 = \frac{b}{M_i}$.

A fração global de amostragem foi: $f = \frac{a_1 M_i}{M} \cdot \frac{a_2}{a_1} \cdot \frac{b}{M_i} = \frac{a_2 b}{M} \cdot \frac{M_i}{M_i}$.

Os domicílios da amostra principal foram selecionados com essas frações de amostragem. Para os domínios (grupos sexo/idade) em que houve novo sorteio de domicílios, as frações foram multiplicadas pelo inverso dos intervalos indicados na Tabela 4.

Os dados da amostra foram ponderados para compensar as diferentes probabilidades de seleção. Na tabela 5 consta, para cada setor censitário, o peso referente ao emprego de distintas frações de amostragem nos estratos (peso1 = $\frac{M}{a_2 b}$) e à correção

devida ao uso de medidas desatualizadas dos tamanhos dos setores censitários (peso $2 = \frac{M'_i}{M_i}$) e o produto entre eles, correspondente ao peso de cada setor na amostra principal.

Tabela 5. Setores censitários sorteados e pesos.

Estrato	Código Distrito	Setor	Distrito	Peso 1	Peso2	Peso am. principal
1	13	17	Cachoeirinha	469,6031	1,3738	645,1416
1	17	176	Campo Limpo	469,6031	1,1924	559,9603
1	18	31	Cangaíba	469,6031	1,3493	633,6271
1	19	51	Capão Redondo	469,6031	1,2632	593,1828
1	22	177	Cidade Ademar	469,6031	1,2978	609,4287
1	23	127	Cidade Dutra	469,6031	1,2308	577,9730
1	30	244	Grajaú	469,6031	1,2828	602,3874
1	36	246	Itaim Paulista	469,6031	1,0959	514,6572
1	36	188	Itaim Paulista	469,6031	1,2199	572,8835
1	37	253	Itaquera	469,6031	1,0038	471,3886
1	43	73	Jardim Ângela	469,6031	0,9794	459,9205
1	44	153	Jardim Helena	469,6031	1,0881	510,9671
1	76	115	Sapopemba	469,6031	1,1417	536,1302
1	84	169	Vila Curuçá	469,6031	1,0302	483,8004
1	3396	5292	Iguatemi/Lageado	469,6031	1,0964	514,8947
2	1	29	Água Rasa	235,4261	1,1983	282,1054
2	2	9	Alto de Pinheiros	235,4261	1,1495	270,6186
2	4	45	Aricanduva	235,4261	1,1337	266,8939
2	5	83	Artur Alvin	235,4261	1,1755	276,7508
2	11	117	Brasilândia	235,4261	0,9159	215,6305
2	14	46	Cambuci	235,4261	1,4356	337,9879
2	21	14	Casa Verde	235,4261	1,0413	245,1544
2	23	81	Cidade Dutra	235,4261	1,1627	273,7350
2	24	6	Cidade Líder	235,4261	1,2232	287,9765
2	27	84	Cursino	235,4261	1,1287	265,7284
2	29	143	Freguesia do Ó	235,4261	1,1333	266,8162
2	30	288	Grajaú	235,4261	1,2171	286,5383
2	34	128	Ipiranga	235,4261	1,1883	279,7595
2	42	5	Jaraguá	235,4261	1,1003	259,0448
2	43	264	Jardim Ângela	235,4261	0,9292	218,7587
2	46	98	Jardim São Luiz	235,4261	1,0683	251,4976
2	59	166	Penha	235,4261	1,2791	301,1263
2	63	71	Pirituba	235,4261	1,1255	264,9734
2	68	170	Sacomã	235,4261	1,1214	263,9972
2	72	9	São Lucas	235,4261	1,1895	280,0331
2	77	170	Saúde	235,4261	1,2160	286,2781
2	78	36	Sé	235,4261	1,6855	396,8068

2	81	14 Tremembé	235,4261	1,2892	303,5109
2	84	62 Vila Curuçá	235,4261	1,2346	290,6606
2	86	10 Vila Guilherme	235,4261	1,7388	409,3602
2	87	148 Vila Jacuí	235,4261	1,1369	267,6517
2	89	86 Vila Maria	235,4261	1,2208	287,4160
2	92	133 Vila Medeiros	235,4261	1,2560	295,6951
3	7	26 Bela Vista	190,0262	1,3211	251,0508
3	12	48 Butantã	190,0262	1,1856	225,3005
3	26	48 Consolação	190,0262	1,1382	216,2843
3	32	132 Moema	190,0262	1,4258	270,9358
3	35	31 Itaim Bibi	190,0262	1,5221	289,2310
3	38	180 Jabaquara	190,0262	1,2134	230,5805
3	45	118 Jardim Paulista	190,0262	1,3808	262,3792
3	51	1 Mandaqui	190,0262	1,1704	222,4049
3	53	47 Mooca	190,0262	1,1149	211,8535
3	60	123 Perdizes	190,0262	1,2199	231,8050
3	62	51 Pinheiros	190,0262	1,1729	222,8878
3	66	86 República	190,0262	1,2193	231,6930
3	70	34 Santana	190,0262	1,3563	257,7230
3	79	40 Socorro	190,0262	1,1032	209,6277
3	82	110 Tucuruvi	190,0262	1,1176	212,3822
3	91	26 Vila Matilde	190,0262	1,1725	222,8124
3	94	62 Vila Sônia	190,0262	2,0467	388,9252

Os dados sofreram ainda outra ponderação referente ao ajuste de pós-estratificação pela escolaridade (anos de estudo) dos chefes dos domicílios, considerando 4 grupos: com menos de 3, de 4 a 7, de 8 a 11 e com 12 ou mais anos de estudo. Essa ponderação visou ajustar a distribuição da amostra, já ponderada pelos pesos apresentados anteriormente, à observada no Censo-2000. Para isso, foram calculadas as razões entre as proporções de pessoas da amostra do ISA-Capital nos novos estratos criados e as observadas no Censo-2000 (Tabela 6).

Tabela 6. Pesos para ajuste de pós-estratificação por escolaridade do chefe.
ISA-Capital

ANOS DE ESTUDO	ESTRATO		
	1	2	3
Até 3 anos	0,7631	0,7498	0,6747
De 4 a 7 anos	1,2298	1,1904	1,0714
De 8 a 11 anos	1,0178	1,0656	0,9282
12 ou mais anos	1,3598	1,4198	1,6509

Na Tabela 7 estão indicados os números de pessoas entrevistadas.

Tabela 7. Número de pessoas entrevistadas, segundo estrato e grupo idade/sexo. ISA-Capital.

GRUPO IDADE/SEXO	ESTRATO			Total
	1	2	3	
<1	146	188	74	408
1 a 11	132	216	87	435
12 a 19-M	137	197	106	440
12 a 19 – F	126	183	98	407
20 a 59 – M	125	159	98	382
20 a 59 – F	139	193	81	413
60 e + - M	151	175	95	421
60 e + - F	148	207	96	451
Total	1104	1518	735	3357

Na Tabela 8 estão indicados os números de pessoas entrevistadas por domínio com a sua distribuição percentual, após a aplicação dos pesos finais (do delineamento e de pós-estratificação), e para fins de comparação, os percentuais observados no Censo-2000.

Tabela 8. Distribuição por idade/sexo e estrato.
ISA-Capital e Censo-2000

Grupo Idade/sexo	ISA-Capital		Censo-2000
	No.	% ponderado	%
<1	408	1,51	1,64
1 a 11	435	18,27	17,51
12 a 19-M	440	7,64	7,21
12 a 19 – F	407	7,41	7,40
20 a 59 – M	382	25,25	26,67
20 a 59 – F	413	29,51	29,87
60 e + - M	421	4,13	3,93
60 e + - F	451	6,29	5,77
Total	3357	1	100,00

São Paulo, 25 de março de 2006.

Maria Cecília Goi Porto Alves

PLANO DE AMOSTRAGEM – ISA CAPITAL 2008

TAMANHO DA AMOSTRA

Para calcular o tamanho da amostra, considerou-se a expressão algébrica utilizada na estimação de proporções: $n_0 = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2} \cdot deff$. Os valores aplicados a ela foram:

$z=1,96$ o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança de 95%; $d=0,06$ a erro de amostragem admitido; $deff=1,5$ o efeito do delineamento e $P=0,50$ a proporção a ser estimada. Tomou-se esse valor para P por ser o que leva à obtenção de tamanhos de amostras conservadores, uma vez que várias proporções serão estimadas no estudo. Dessa forma, $n_0 = 400$.

A seguir, fixou-se em 7 o número de pessoas a serem entrevistadas em cada unidade primária de amostragem (UPA), arredondando para 60 o número de setores a ser sorteado ($400/7=57,2$). Esses valores elevaram a amostra para 420 ($60 \times 7=420$), significando um erro de amostragem de 0,0586.

Plano de amostragem do ISA-Capital 2008

Maria Cecília Goi Porto Alves

Maria Mercedes L. Escuder

24 de junho de 2009

Tamanho da amostra

A população de estudo refere-se àquela residente em área urbana do Município de São Paulo². A partir dos objetivos do projeto, foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos sexo/idade: menores de um ano, de 1 a 11 anos de idade, mulheres de 12 a 19; 20 a 59 e 60 ou mais, e homens, nas mesmas faixas etárias.

Planejou-se a realização de pelo menos 300 entrevistas em cada subgrupo

² Residentes em setores de situação urbana: área urbanizada, não urbanizada e urbanizada isolada, e dos tipos: comum e especial subnormal (favela), segundo classificação do IBGE.

populacional de interesse. Esse tamanho permitiria estimar proporções ($P=0,50$) com erros de amostragem de 7 pontos percentuais ($d=0,07$) ao nível de confiança de 95% e com efeitos do delineamento de 1,5.

Considerando-se que os percentuais da população nos grupos etários eram muito distintos entre si, optou-se em não manter a autoponderação da amostra. Assim sendo, os tamanhos de amostra foram calculados de tal forma que as frações de amostragem nos diferentes grupos fossem de 2 a 7 vezes a observada no grupo de menores de um ano (Tabela 1).

Tabela_1. Distribuição da população em área urbana do Município de São Paulo* e das amostras proporcional e planejada, segundo grupos idade e sexo. ISA-Capital 2008.

	População	Proporção População proporcional	Amostra proporcional	fração	Amostra pessoas
Menor 1 ano	160351	0,01637	300	1	300
1 a 11 anos	1715453	0,17510	3210	7	459
12 a 19 homem	705881	0,07205	1321	3	440
12 a 19 mulher	724741	0,07397	1356	3	452
20 a 59 homem	2612632	0,26667	4889	7	699
20 a 59 mulher	2926930	0,29875	5477	7	783
60 mais homem	385478	0,03935	722	2	361
60 mais mulher	565702	0,05774	1059	2	530
Total	9797168	1			4024

* Censo de 2000.

Na tabela 2 estão indicados os números de domicílios que deveriam ser visitados para localizar as pessoas de cada grupo sexo/idade. Esses cálculos foram feitos a partir da média esperada de pessoas por domicílio (razão pessoas/domicílios) em cada grupo de idade, sendo que o total de domicílios existentes no Município de São Paulo, considerando-se os setores censitários de interesse, era de 2866183 no ano do censo. Dividiu-se, então, o tamanho da amostra por essa média.

Tabela 2. Cálculo dos tamanhos de amostra nos grupos de idade e sexo. ISA-Capital 2008.

Grupos sexo/idade	Amostra pessoas	Razão	Amostra domicílios
Menor 1 ano	300	0,05595	5362
1 a 11 anos	459	0,5986	767
12 a 19 homem	440	0,24631	1787
12 a 19 mulher	452	0,2529	1788
20 a 59 homem	699	0,91167	767
20 a 59 mulher	783	1,02134	767
60 mais homem	361	0,13451	2684
60 mais mulher	530	0,1974	2685
Total	4024	3,41868	

O número total de domicílios sorteados não correspondeu à soma de domicílios de cada grupo sexo/idade uma vez que não se planejou procurar todos os grupos em todos os domicílios da amostra.

Na Tabela 3 estão indicados os números de domicílios a serem visitados em cada setor censitário considerando o sorteio de 60 setores censitários. Para esse número de setores, o número de entrevistas por setor deveria variar entre 5 (menores de um ano) e 13 (mulheres de 20 a 59 anos), correspondendo a efeitos de delineamento entre 1,2 a 1,6 para grau de homogeneidade intraclasse de 0,05.

TABELA 3. NÚMEROS DE DOMICÍLIOS E SETORES NA AMOSTRA E NÚMERO DE DOMICÍLIOS POR SETOR, SEGUNDO DOMÍNIO DE ESTUDO.

Domínio	Amostra domicílios	Setores	Amostra domicílios por setor
Menores 1 ano	5362	60	90
1 a 11 anos	767	60	13
homens 12 a 19 anos	1787	60	30
mulheres 12 a 19anos	1788	60	30
homens 20 a 59 anos	767	60	13
mulheres 20 a 59anos	767	60	13
homens 60 anos ou +	2684	60	45
mulheres 60 anos ou +	2685	60	45

Prevedendo-se uma taxa de não resposta da ordem de 20% e o encontro de 5% de domicílios vagos, seria necessário o sorteio de números maiores de domicílios. No entanto, as frações de amostragem foram calculadas com os números apresentados na Tabela 3, uma vez que se verificou que o tamanho atual dos setores censitários eram, no conjunto, 30% maiores em relação ao tamanho que tinham no Censo de 2000 (com base no qual foi feito o sorteio da PNAD).

Processo de amostragem

O cadastro utilizado para o sorteio de unidades primárias (setor censitário) foi o da PNAD 2005. Ou seja, a amostra do ISA-Capital constitui uma subamostra da PNAD. Nessa pesquisa do IBGE haviam sido sorteados 267 setores censitários na área urbana não pertencentes ao estrato de novas construções, entre os quais foram sorteados 60 setores para compor a amostra do ISA-Capital.

Os estágios de seleção em cada domínio e as respectivas frações de amostragem foram:

1º. estágio → sorteio de 267 setores censitários da PNAD com probabilidade proporcional ao tamanho M_i , expresso pelo número de domicílios do setor no Censo de 2000, e posterior sorteio aleatório simples de 60 setores, $f_1 = \frac{267M_i}{M} \cdot \frac{60}{267}$, sendo M o total de domicílios.

2º. estágio → sorteio de b domicílios com probabilidade $f_2 = \frac{b}{M_i}$. Para manter a mesma fração em todos os setores censitários considerando que os tamanhos dos setores se alteraram desde o censo de 2000 (passando para M'_i), foram incluídos na amostra $b(M'_i/M_i)$ domicílios em cada setor i . Os valores de b foram 90, 13, 30 e 45 para, respectivamente, os grupos de menores de um ano, de crianças e adultos, de adolescentes e de idosos, levando a diferentes probabilidades de seleção. Os dados da amostra foram ponderados para compensar essas diferentes probabilidades de seleção

A fração global de amostragem foi: $f = \frac{267M_i}{M} \cdot \frac{60}{267} \cdot \frac{b(M'_i/M_i)}{M'_i} = \frac{60b}{M}$.

Durante o trabalho de campo, foi contabilizado um número menor de entrevistas do que o esperado. Analisando-se os dados produzidos durante os primeiros meses, verificou-se que as razões pessoas/domicílios em 2009 eram menores do que as utilizadas no plano de amostragem (do Censo de 2000), e que, portanto, os tamanhos de amostra planejados não seriam alcançados. Optou-se, então, pelo sorteio de mais 10 setores censitários, o que foi possível por ser a amostra ao ISA-Capital 2008 uma subamostra, sorteada por amostragem aleatória simples, da PNAD. Com isso, a fração global de amostragem foi alterada para: $f = \frac{70b}{M}$ e os dados da amostra foram ponderados por $\frac{M}{70b}$.

Operacionalização do plano de amostragem

A primeira tarefa consistiu no sorteio dos setores censitários, a partir da listagem de setores da amostra da PNAD, fornecida pelo IBGE. Foram excluídos da listagem os setores de área rural.

Para os setores sorteados, à exceção dos constituídos por favelas, foi obtida no IBGE a listagem de endereços feita durante o trabalho de campo do PNAD 2005, além dos croquis e da descrição dos limites geográficos correspondentes. Nas quatro favelas sorteadas, os pesquisadores de campo percorreram toda a área refazendo os croquis e realizando um novo “arrolamento” de endereços.

Com base no número de domicílios constante nesse material, foi realizada a seleção de segunda etapa, sorteando-se números que correspondem aos domicílios da amostra. Estes foram transcritos nas listagens de endereços, identificando, assim, aqueles que pertenceriam à amostra e que foram digitados.

A partir do arquivo de endereços da amostra, foram elaboradas etiquetas para serem coladas nos questionários, contendo as informações referentes à localização dos domicílios sorteados e a identificação (pelo sexo e faixa etária) das pessoas que devem ser incluídas na amostra.



Chester Luiz Galvão Cesar

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1970), mestrado em Medicina Social pela London School of Hygiene and Tropical Medicine - University of London (1980) e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1989). Atualmente é Professor Titular da Universidade de São Paulo. Publicou 46 artigos em periódicos especializados e 122 trabalhos em anais de eventos. Possui 13 capítulos de livros e 4 livros publicados/organizados ou edições. Orientou 18 mestrados e 7 doutorados. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia e serviços de saúde, inquéritos de saúde, morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde. (Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 10/02/2011

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/1095496876534667>



Certificado
pelo autor em
10/02/11



[Rede de Colaboração](#)



[Diretório de grupos de pesquisa](#)



[SciELO - artigos em texto completo](#)

Dados pessoais

Nome	Chester Luiz Galvão Cesar
Nome em citações bibliográficas	CESAR, Chester Luiz Galvão
Sexo	Masculino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667710 Fax: (11) 30812108

Formação acadêmica/Titulação

- 1997** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: MORBIDADE REFERIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA GRANDE SÃO PAULO - O PERFIL DA DESIGUALDADE EM SAÚDE, *Ano de obtenção:* 1997.
Palavras-chave: Morbidade referida; Uso de serviços de saúde; Desigualdade em saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Epidemiologia.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde Humana.
- 1982 - 1989** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A MORTALIDADE INFANTIL EM COTIA E V.G.PAULISTA-SP, 1984-1985, *Ano de Obtenção:* 1989.
Orientador: SABINA LEA DAVIDSON GOTLIEB.
Palavras-chave: Fatores de Risco; Mortalidade Infantil; Valor de Predição de Testes.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Epidemiologia.
Setores de atividade: Saúde Humana.
- 1978 - 1980** Mestrado em Medicina Social.
University of London, UL, Inglaterra.
Título: UTILIZACION OF MATERNITY AND INFANT CARE IN AN URBAN DISTRICT IN BRASIL, *Ano de Obtenção:* 1980.
Orientador: GODFREY J.A.WALKER.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde Humana.
- 1972 - 1972** Especialização em Medicina Tropical.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 1972 - 1972** Especialização em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 1971 - 1971** Especialização em Residência Médica.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 1964 - 1970** Graduação em Medicina.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

Formação complementar

- 2007 - 2007** Auto-avaliação Continuada da Gestão Pública. (Carga horária: 24h).
Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- 2003 - 2003** Planejamento Estratégico. (Carga horária: 8h).
Fundação Oswaldo Cruz.



Jerônimo Fernandes Godofredo

Possui graduação em Medicina pela Fundação Lusiada Celus (1996). Atualmente é médico da Prefeitura Municipal de Santos e médico do trabalho da Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 29/01/2010
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/4862235799758898>



Dados pessoais	
Nome	Jerônimo Fernandes Godofredo
Nome em citações bibliográficas	GODOFREDO, J. F.
Sexo	Masculino
Endereço profissional	Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, Medicina do Trabalho. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155 1º andar Cerqueira Cesar 05403-000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (011) 30896228 Ramal: 33 URL da Homepage: www.prosanque.sp.gov.br

Formação acadêmica/Titulação	
2009	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. <i>Título:</i> UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA CAPITAL DE SÃO PAULO. COMPARAÇÃO DESCRITIVA DOS ANOS DE 2003 E 2008, <i>Orientador:</i> Chester Luiz Galvão Cesar.
2003 - 2003	Especialização em Medicina do Trabalho. (Carga Horária: 700h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. <i>Título:</i> Depressão e Suicídio em Médicos. <i>Orientador:</i> Vera Lúcia Zaher.
1991 - 1996	Graduação em Medicina. Fundação Lusiada Celus, FLC, Brasil.

Formação complementar	
2000 - 2000	Curso de Suporte Avançado à Vida em Cardiologia. (Carga horária: 20h). Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Atuação profissional	
Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, FPS/HSP, Brasil.	
Vínculo Institucional	
2007 - Atual	Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Médico do Trabalho, Carga horária: 30
Prefeitura Municipal de Santos, PMS, Brasil.	
Vínculo Institucional	
2002 - Atual	Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Médico, Carga horária: 20
Outras informações	Trabalho no Departamento de Medicina e Engenharia do Trabalho como Médico e atuou no Serviço de Perícias Médicas como Perito e no Programa de Readaptação Profissional.
Petrobras - Refinaria Cubatão, RPBC, Brasil.	
Vínculo Institucional	
2006 - 2008	Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Médico do Trabalho, Carga horária: 12
Outras informações	Atuei como Médico do Trabalho na Refinaria Presidente Bernardes de Cubatão e entre outras atividades como médico, participei da avaliação de funcionários que foram selecionados por um estudo realizado pela USP como possíveis portadores de alterações hematológicas relacionadas ao Benzeno.
Governo do Estado de Roraima, GOVERNO/RR, Brasil.	
Vínculo Institucional	
2001 - 2002	Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Médico em Área Indígena, Carga horária: 40, Regime: