

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**USO DE SERVIÇO DE SAÚDE POR DIABÉTICOS COBERTOS POR PLANO
PRIVADO EM COMPARAÇÃO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

por

Sara de Souza Silva

Belo Horizonte

Fevereiro/2015

DISSERTAÇÃO

MSC-CPqRR S.S.SILVA

2015

Sara de Souza Silva

**USO DE SERVIÇO DE SAÚDE POR DIABÉTICOS COBERTOS POR PLANO
PRIVADO EM COMPARAÇÃO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva
do Centro de Pesquisas René Rachou,
como requisito parcial para obtenção do
Título de Mestre em Saúde Coletiva,
Área de concentração: Epidemiologia

Orientação: Profa. Dra. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Co-orientação: Profa. Dra. Juliana Vaz de Melo Mambrini

Belo Horizonte

Fevereiro/2015

Catálogo-na-fonte

Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ

Biblioteca do CPqRR

Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

S586u Silva, Sara de Souza.

2015

Uso de serviço de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no município de Belo Horizonte / Sara de Souza Silva. – Belo Horizonte, 2015.

XI, 42 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 51 - 53

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Epidemiologia

1. Diabetes Mellitus/epidemiologia 2. Serviços de Saúde/utilização 3. Atenção Primária à Saúde/método I. Título. II. Costa, Maria Fernanda Furtado de Lima e (Orientação). III. Mambrini, Juliana Vaz de Melo (Co-orientação).

CDD – 22. ed. – 616.462

Sara de Souza Silva

**USO DE SERVIÇO DE SAÚDE POR DIABÉTICOS COBERTOS POR PLANO
PRIVADO EM COMPARAÇÃO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva
do Centro de Pesquisas René Rachou,
como requisito parcial para obtenção do
Título de Mestre em Saúde Coletiva,
Área de concentração: Epidemiologia

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Juliana Vaz de Melo Mambrini(Centro de Pesquisas René Rachou /
Fiocruz Minas)- Presidente

Prof. Dr. Sérgio William Viana Peixoto (Cento de Pesquisas Rene Rachou /
Fiocruz Minas) -Titular

Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira de Abreu (Universidade Federal de Minas
Gerais/Faculdade de Odontologia)-Titular

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 27/02/2015

Dedico esse trabalho a tia Dilma (in memorian), pois sem ela esse objetivo tão desejado não teria se concretizado. Obrigada pelas orientações tia Dilma!!

AGRADECIMENTOS

Agradeço permanentemente a Deus, meu grande protetor, pois sem sua proteção, sua presença, seu amor e compaixão nada seríamos.

Agradeço ao meu marido Fernando, meu amore, por tamanha compreensão e apoio, além do amor e companheirismo, que tanto me fortaleceu nessa caminhada.

Aos meus pais, pelo amor incondicional e pelo apoio a esse projeto tão sonhado.

Aos meus irmãos por tanta leitura dos meus textos e desabafos nos momentos difíceis dessa jornada.

À Fernanda, minha orientadora, pelo aprendizado constante durante esses dois anos.

À querida Juliana, minha co-orientadora, por tanto aprendizado, em sala de aula e nas muitas reuniões que realizamos até finalizar o trabalho. Obrigada Ju! Foi uma honra e orgulho ter sido sua aluna e co-orientanda. Estou bem mais madura academicamente após esses dois anos de aprendizado. Obrigada pela paciência, tranquilidade e prazer em ensinar!

A todos os professores do René Rachou, grandes mestres na arte de ensinar! Vocês são maravilhosos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sócio demográficas dos participantes da amostra com 45 anos ou mais de idade que informam ser portadores de diabetes e distribuição dessas características por fonte de atenção em saúde (Município de Belo Horizonte, 2010) -----31

Tabela 2 – Indicadores de uso de serviços de saúde e de medicamentos entre residentes com 45 anos ou mais de idade que sabem serem portadores de diabetes, segundo a fonte da atenção em saúde (Município de Belo Horizonte, 2010)-----32

Tabela 3 – Aferição da glicemia, da pressão arterial e do colesterol entre residentes com 45 anos ou mais de idade que sabem serem portadores de diabetes, segundo a fonte da atenção em saúde (Município de Belo Horizonte, 2010)-----33

Tabela 4 – Parâmetros da atenção primária nos serviços de saúde utilizados por residentes com 45 anos ou mais de idade que sabem serem portadores de diabetes, segundo a fonte da atenção em saúde (Município de Belo Horizonte, 2010)-----35

Tabela 5 – Comportamentos em saúde entre residentes com 45 anos ou mais de idade que sabem serem portadores de diabetes, segundo a fonte da atenção em saúde (Município de Belo Horizonte, 2010)-----36

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS: Atenção Primária a Saúde

DANT: Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Estratégia Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC: Índice de Massa Corporal

IVS: Índice de Vulnerabilidade a Saúde

LDL-colesterol: LowDensityLipoprotein- colesterol

PED/RMBH: Pesquisa de Emprego e Desemprego/ Região Metropolitana de Belo Horizonte

PNAD: Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio

RMBH:Região Metropolitana de Belo Horizonte

SMSBH:Sistema Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS: Sistema Único de Saúde

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

UBS: Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população é uma realidade incontestável. As pessoas estão vivendo mais, havendo uma maior exposição às doenças crônico-degenerativas, incluindo o Diabetes Mellitus. Seu tratamento não é simples, sendo necessária uma adesão vitalícia de auto-cuidado, envolvendo a monitorização rotineira da glicose, uso correto de medicamentos, visita rotineira ao médico e cuidados comportamentais, como prática regular de atividade física, dieta adequada, diminuir o tabagismo e uso de álcool. Parcela importante das complicações do DM pode ser evitada por meio da atenção primária oportuna e de qualidade. **Objetivo:** O presente estudo epidemiológico de base populacional teve por objetivo comparar, no município de Belo Horizonte, o uso de serviços de saúde e comportamentos em saúde entre diabéticos auto-referidos com 45 anos e mais: Usuários da ESF, das Unidades Básicas de Saúde (UBS tradicional) e afiliados a planos privados de saúde. **Metodologia:** No presente estudo de caráter transversal, foram comparados indicadores gerais de uso de serviço e medicamento (realização de uma ou mais consultas no ano anterior, fonte regular de cuidados, uso de medicamentos e dificuldades para obtê-los); indicadores de prevenção cardiovascular (aferição da glicemia, da pressão arterial e do colesterol no último ano), parâmetros da atenção primária (Primeiro Contato, Acesso, Integralidade, Longitudinalidade, Foco Familiar) e comportamentos em saúde (Aconselhamento sobre estilo de vida; atividade física regular no tempo livre; sedentarismo no cotidiano; uso abusivo de álcool e tabagismo atual) em diabéticos auto-referidos, cobertos pela ESF, UBS tradicional e afiliados a planos privados de saúde no município de Belo Horizonte, ajustado para fatores sociodemográficos como sexo, idade e escolaridade. Na análise univariada foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson e análise de variância. Na análise multivariada, foi utilizado Regressão de Poisson com variância robusta. A significância estatística utilizada foi de 5%. **Resultados:** Os indicadores gerais de uso de serviço de saúde assim como os indicadores de prevenção cardiovascular não diferiam significativamente entre as diferentes fontes de atenção. Diferenças mais importantes foram observadas nos quatro atributos da atenção primária (acesso, integralidade, longitudinalidade e foco familiar), com melhor performance entre afiliados a plano privado de saúde, em comparação aos cobertos pela ESF e UBS tradicional, independentemente da idade, do sexo e do nível de escolaridade. **Conclusão:** Os resultados da presente investigação apontam para dois desafios para o SUS no manejo dos pacientes com diabetes no município de Belo Horizonte: (1) realizar atividades que sejam mais efetivas para a promoção da atividade física dos pacientes com diabetes; (2) reorganizar-se para melhorar a performance dos parâmetros da atenção primária, em particular o acesso, a integralidade e o foco familiar.

Palavras -chave: diabetes, uso de serviços de saúde, atenção primária em saúde, estratégia saúde da família

ABSTRACT

Introduction: The aging population is an undeniable reality. People are living longer, with greater exposure to chronic diseases, including diabetes mellitus. His treatment is not simple, requiring a lifetime membership of self-care, involving routine glucose monitoring, proper use of medications, routine visit to the doctor and behavioral care, such as regular physical activity, proper diet, smoking and decrease alcohol use. Significant proportion of the complications of diabetes can be prevented through timely primary care and quality

Objective: This population-based epidemiological study compared, in the city of Belo Horizonte, the use of health services and health behaviors between self-reported diabetes aged 45 years and more: FHS users, those coverage for Basic Health Units (Traditional UBS) and affiliates of private health plans.

Methodology: This transversal study, were compared general indicators of the use healths services and medicine (achievement of one or more doctor visits in the last year, regular source of care, medications and difficulties to get them); indicators of cardiovascular prevention (measurement of blood glucose, blood pressure and cholesterol in the last year), parameters of primary health (first contact, access, comprehensiveness, longitudinality, family focus) and healths behaviors (counseling on lifestyle; physical activity regular leisure-time; sedentary everyday, alcohol abuse and smoking habits) on self-reported diabetes, those covered for ESF, covered traditional UBS and affiliates to private health plans in the city of Belo Horizonte, adjusted for sociodemographic factors such as gender, age and education. Univariate analysis was performed using chi-square test of Pearson and analysis of variance. In the multivariate analysis, we used Poisson regression with robust variance. The Statistical significance used was 5%.

Results: The general indicators of the use healths services as well as the cardiovascular prevention indicators did not differ significantly between those covered by the different sources of care. The most important differences were observed in the four attributes of primary care (access, comprehensiveness, longitudinality and family focus), with the best performance among those with private health plan, as compared to those covered by public health system. These differences persisted after adjustment for age, sex and educational attainment.

Conclusion: The results of this research point to two challenges for the NHS in the management of patients with diabetes in the city of Belo Horizonte: (1) to perform activities that are more effective for promoting physical activity in patients with diabetes; (2) to reorganize the NHS to improve the performance of primary care parameters, in particular access, comprehensiveness and family focus.

Key-words: diabetes, use of health services, primary health care; health family strategy

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO DO VOLUME	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 Sobre o diabetes	13
2.2 Prevalência	13
2.3 Hospitalizações e Mortalidade	15
2.4 Atenção Primária à Saúde- ESF (Estratégia Saúde da Família)	16
2.5 Desempenho da atenção primária no cuidado ao DM	17
2.6 Atenção primária entre usuários do serviço público e privado de saúde: Experiências Nacionais e Internacionais	18
3 OBJETIVOS	20
4 ARTIGO	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
6 REFERÊNCIAS	51

1 APRESENTAÇÃO DO VOLUME

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado da aluna Sara de Souza Silva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou, na área de concentração Epidemiologia. O trabalho foi realizado sob orientação da Professora Doutora Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa e co-orientação da Professora Doutora Juliana Vaz de Melo Mambrini.

A pesquisa realizada consiste na avaliação dos indicadores de uso de serviços de saúde e de medicamentos; indicadores de prevenção de risco cardiovascular nos serviços de saúde; comportamentos em saúde e parâmetros da atenção primária (primeiro contato, acesso, integralidade, longitudinalidade e foco familiar), entre adultos com 45 anos e mais diabéticos auto-referidos, no município de Belo Horizonte, pesquisa ainda não realizada em artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais.

Seguindo o modelo definido no Artigo 52 do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou, este volume se inicia com uma revisão da literatura pertinente ao tema estudado e com a explanação dos objetivos da pesquisa.

Os resultados da pesquisa estão apresentados no artigo intitulado "Cobertura da Estratégia Saúde da Família e uso de serviços de saúde entre adultos auto-referido diabéticos no município de Belo Horizonte", foi submetido ao periódico "Cadernos de Saúde Pública", em 09 de Fevereiro de 2015

Após a apresentação do artigo, estão escritas as considerações finais acerca dos resultados encontrados. Em seguida são apresentadas as referências teóricas utilizadas para a elaboração da revisão de literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Sobre o diabetes

O envelhecimento populacional é uma realidade incontestável. As pessoas estão vivendo por mais tempo, fato que tem ocasionado mudanças importantes em diversos setores da sociedade, incluindo o setor saúde. Diante de tal fato há uma maior exposição às doenças crônico-degenerativas, incluindo o *Diabetes Mellitus (DM)*.

O DM mal controlado pode levar a sérias complicações, incluindo danos cardíacos, renais, neurológicos e oftalmológicos(Brasil, 2013), além de gerar diferentes graus de incapacidade, aumento da morbidade, mortalidade e de custos para seu tratamento(Brasil, 2013).

É uma doença complexa e as barreiras para o seu manejo são multifatoriais, podendo afetar o bom controle do DM. Em uma revisão sistemática, foram identificadas como principais barreiras de auto manejo a adesão, atitudes e crenças, conhecimento, renda, co-morbidades e suporte social, acesso a serviços de saúde, comunicação e interação com o profissional de saúde (Nam et al. 2011).

O tratamento do DM não é simples, sendo necessária uma adesão vitalícia de auto-cuidado, envolvendo a monitorização rotineira da glicose sanguínea, ajustamentos na medicação, manejo adequado da dieta e atividade física, além de outros cuidados como a cessação do tabagismo e diminuição do uso de álcool(Brasil, 2013).

2.2 Prevalência

Estudo multicêntrico clássico realizado no Brasil em 1988 em nove capitais encontrou uma prevalência de diabetes de 7,6% em indivíduos entre 30 a 69 anos e prevalência auto-relatada de 4,1%, evidenciando que o diabetes

não diagnosticado representou 46% da prevalência total. Entre os casos previamente diagnosticados, 22,3% não estavam em tratamento, 7,9% estavam utilizando insulina, 40,7% estavam utilizando hipoglicemiantes orais e 29,1% estavam em tratamento somente com dieta. A prevalência do DM esteve associada com a obesidade, idade e escolaridade, sendo que a diferença de prevalência entre níveis de educação desapareceu após ajuste por idade. Não foi observada diferença significativa em relação ao sexo (Malerbi et al. 1992).

Em 2009, estudo transversal utilizando os dados de diabetes auto relatado do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostrou uma prevalência total para o diabetes de 5,3%, sendo maior entre as mulheres (6,0%) do que em homens (4,4%), aumentando com a idade (Schmidt et al. 2009).

Em 2012, estudo baseado em dados de diabetes auto referido da PNAD mostrou uma prevalência para DM de 4,3% para todo o Brasil no ano de 2008, sendo mais elevadas as estimativas para as regiões Sul e Sudeste. Foi observada prevalência maior entre as mulheres (4,9% versus 3,9% para os homens), para a população de menor nível de escolaridade (4,7%) e residentes em áreas urbanas (4,6%) (Freitas et al. 2012).

Em Belo Horizonte, a prevalência do DM é similar àquela encontrada para a população brasileira. De acordo com dados do Inquérito de Saúde de Belo Horizonte e Região Metropolitana realizado em 2010, a prevalência de diabetes auto referido entre adultos no município foi de 5,4%, representando a quarta condição crônica em termos de prevalência nesta população, sendo maior em mulheres (5,9%) do que em homens (4,7%) e elevando com a idade (Lima-Costa, 2012). A prevalência do diabetes foi maior em regiões da cidade com menor nível sócio econômico e pior escolaridade (Lima-Costa MF; Turci MA, Macinko J, 2012).

Estudo similar realizado com dados do Inquérito de Saúde de Belo Horizonte de 2003 apontou uma prevalência para DM de 4,3%, no município de

Belo Horizonte, o que evidencia um aumento da prevalência deste agravo de 2003 para 2010.

2.3 Hospitalizações e Mortalidade

No Brasil, o DM, junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e internações, de amputações de membros inferiores e superiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise (Brasil, 2013).

Estudo realizado entre 1999 e 2001 sobre a magnitude das hospitalizações no Brasil por Diabetes Mellitus mostrou que cerca de 9% dos custos com internações hospitalares na rede pública brasileira são atribuídos ao diabetes. A hospitalização é maior em pessoas com idade superior a 45 anos e entre as mulheres, porém a letalidade é maior entre os homens. Outro resultado importante é que 13,1% das hospitalizações tiveram o DM como diagnóstico principal, e as complicações crônicas decorrentes da DM representaram 41,9% dos gastos anuais (Rosa, 2008).

Cesse e colaboradores (2009), utilizando estatísticas oficiais de óbitos obtidas do Sistema de Informação de Mortalidade, mostraram que de 1950 a 2000 a maior parte das capitais brasileiras apresentaram tendência crescente de mortalidade por diabetes. Exceções foram Belo Horizonte e São Paulo, que não apresentaram tendência significativa. As capitais do Centro-Oeste não foram consideradas no estudo (Cesse et al. 2009).

Apesar do rápido crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DANT), incluindo o diabetes, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde, visando a redução de seus fatores de risco e melhoria da atenção à saúde, por meio da detecção precoce e tratamento oportuno (Malta, 2011).

2.4 Atenção Primária à Saúde- ESF (Estratégia Saúde da Família)

A atenção primária à saúde (APS), também denominada por cuidados de saúde primários ou atenção básica, foi definida pela Organização Mundial de Saúde em 1978 como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Declaração de Alma-Ata)

Pesquisadores têm operacionalizado os atributos que definem a atenção primária e sugerem que a qualidade do cuidado primário devem envolver os seguintes: (a) Primeiro Contato: constitui a porta de entrada do serviço; (b) Longitudinalidade: propiciara continuidade do cuidado já que a pessoa atendida pelo serviço mantém seu vínculo por um longo período de tempo; (c) Integralidade: integralizar a atenção (o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde, mesmo que parte seja encaminhado para o nível secundário ou terciário, permanecendo o serviço de atenção primária corresponsável); (d) Coordenação do cuidado: possuir a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, (e) Enfoque familiar e comunitário (Starfield, 2002).

A atenção primária tem se expandido nas últimas décadas no Brasil por meio da ESF e elege a família e o seu espaço social como ponto central do cuidado, humanizando a atenção pelo estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população adstrita. Conta em sua equipe com médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde atuando de forma

integrada, podendo ser incluídos outros profissionais como dentistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, etc, de acordo com a demanda local (Brasil, 1997).

A Estratégia Saúde da Família representa o primeiro contato com o serviço de saúde do município, caracterizando-se como porta de entrada do sistema de saúde local (Brasil, 1997).

2.5 Desempenho da atenção primária no cuidado ao DM

O diabetes mal controlado pode levar a diversas complicações, entre elas a disfunção cardiovascular, retinopatia diabética, nefropatia diabética e neuropatia diabética (Brasil, 2013). A mudança de comportamentos em saúde que faz parte do tratamento não medicamentoso do DM, tem papel central no controle da doença, sendo fortemente recomendado a prática regular de atividade física, alimentação saudável e controle do peso, além de evitar o fumo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Brasil, 2013). O DM é uma condição sensível à atenção primária, ou seja, seu manejo e controle pode e deve ser realizado na atenção primária, com o objetivo de evitar complicações decorrentes desta patologia (Brasil, 2013).

Alguns estudos avaliam a assistência ao paciente diabético, na atenção primária, em relação aos comportamentos de saúde. Entretanto, a maioria deles utiliza o desempenho da atenção primária, através da Estratégia Saúde da Família, e não compara os serviços prestados na rede pública e privada. (Cotta et al. 2009; Paiva et al. 2006; Assunção et al. 2001).

Em uma metanálise recente, os autores encontraram evidências de que intervenções no estilo de vida de indivíduos com DM tipo 2, como prática regular de atividade física e alimentação saudável, são efetivas para a redução de IMC, nível de hemoglobina glicada e pressão sanguínea sistólica e diastólica (Chen et al. 2015).

Paiva e colaboradores, avaliando a assistência ao usuário diabético e hipertenso pela ESF, em um município do estado de São Paulo, encontraram que apenas 16% dos entrevistados estavam engajados em atividade física regular enquanto 48% eram sedentários, sendo as principais causas a falta de tempo, dores e cansaço, ruas íngremes, e a própria doença. Apenas 21% desses tinham uma dieta adequada (Paiva et al. 2006).

Araújo e colaboradores, avaliando o cuidado prestado a pacientes em nível primário, em um posto de saúde na cidade de Pelotas, RS, encontraram que apenas 20,9% dos entrevistados realizavam atividade física regular como forma de tratamento e apenas 28,4% dos entrevistados seguiam dieta hipocalórica (Araujo et al. 1999).

Estudo realizado em um município do interior de Minas Gerais, avaliando o perfil sociosanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários da ESF, encontrou que 67,4% dos entrevistados eram sedentários e a prevalência de tabagismo atual foi de 19,6% (Cotta et al. 2009).

2.6 Atenção primária entre usuários do serviço público e privado de saúde: Experiências Nacionais e Internacionais

Há experiências nacionais e internacionais sobre a comparação de serviços da atenção primária, entre o setor público e privado, porém utilizando amostra geral e não somente com diabéticos, como os descritos a seguir:

Estudo realizado em Hong-Kong, avaliando os atributos da atenção primária tanto para usuários do serviço público quanto do serviço privado, utilizando amostra da população geral, encontrou que o serviço público de saúde apresentou melhor desempenho em relação a todos os atributos da atenção primária, exceto coordenação do cuidado. Ter o diagnóstico de alguma condição crônica, ser afiliado a planos privados de saúde, possuir maior renda e maior nível educacional, foi positivamente relacionado com os cuidados primários de saúde, medidos pelos atributos (Wong et al. 2010).

Em Bogotá, um estudo avaliando a atenção primária entre indivíduos cobertos por serviço público, em áreas onde foi implementado o programa Saúde em Casa e usuários de serviços privados de saúde, utilizando amostra da população geral, encontraram baixo nível sócio-econômico e menor nível educacional entre usuários do serviço público. O maior grupo foi o de idade entre 26 e 45 anos, seguido de indivíduos com mais de 46 anos, entre usuários do serviço público, enquanto o maior grupo no serviço privado foi o de idade entre 12 e 25 anos. De forma geral, considerando o conjunto dos atributos da atenção primária, a classificação foi boa. Porém, o atributo de enfoque familiar foi avaliado como crítico em ambas as fontes de atenção. Usuários de serviços público e privado avaliaram acesso como intermediário e primeiro contato, longitudinalidade integralidade e coordenação como bons, sendo que primeiro contato foi significativamente maior entre os usuários de serviços públicos (Mosquera et al. 2013).

No Brasil, estudo avaliando o acesso, uso e qualidade do serviço entre adultos, com amostra da população geral, através da PNAD 2008, encontrou usuários da ESF com maior probabilidade de viver em áreas rurais, que a renda média dos participantes do estudo usuários da ESF foi 40% menor que a média nacional e 70% menor que a renda dos participantes afiliados a plano privado de saúde e baixa escolaridade entre os usuários da ESF. Entre residentes na área urbana, usuários da ESF tiveram menor probabilidade de consultas médicas no último ano e de possuir fonte regular de atenção e maior probabilidade de conseguir medicamentos gratuitos (Macinko & Lima-Costa, 2012).

Outro estudo realizado no Brasil, também utilizando amostra da população geral, comparando a ESF e outras fontes de atenção, encontraram, entre outros indicadores avaliados, maior frequência de fonte regular de atenção e consultas nos últimos 12 meses entre os afiliados de planos privados de saúde seguido pelos usuários regulares da ESF e menor frequência de dificuldade de obtenção de medicamentos de uso regular entre afiliados a

planos privados de saúde e usuários regulares da ESF em relação à fonte de atenção de referência (Lima-Costa et al. 2013).

3 OBJETIVOS

GERAL:

O presente estudo epidemiológico de base populacional tem por objetivo comparar, no município de Belo Horizonte, o uso de serviços de saúde entre diabéticos auto-referidos, cobertos pela ESF e outras fontes de atenção em relação aos afiliados a planos privados de saúde.

ESPECÍFICO:

Estimar as forças das associações, por meio da comparação das prevalências dos indicadores de uso de serviços e medicamentos, indicadores de prevenção cardiovascular (aferição da glicose, pressão arterial e colesterol nos últimos 12 meses), parâmetros da atenção primária e comportamentos em saúde, entre diabéticos usuários do Sistema Único de Saúde em relação aos afiliados a planos privados de saúde.

4 ARTIGO

USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR DIABÉTICOS COBERTOS POR PLANO PRIVADO EM COMPARAÇÃO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Health services use among adult diabetics in Belo Horizonte: a comparison of private health plan versus Brazilian public health system coverage

Título curto:

Uso de serviços de saúde por diabéticos em Belo Horizonte

Health services use among adult diabetics in Belo Horizonte

Sara de Souza Silva¹

Juliana Mambrini^{1,2}

Maria Aparecida Turci²

James Macinko³

Maria Fernanda Lima-Costa^{1,2}

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Brasil.

² Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

³ Department of Health Policy and Management and Community Health Sciences UCLA Fielding School of Public Health, Los Angeles, USA.

Correspondência

M. F. Lima-Costa

Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/

Universidade Federal de Minas Gerais.

Av. Augusto de Lima 1715,

6o andar, Belo Horizonte,

MG 30190-002, Brasil.

lima-costa@cpqrr.fiocruz.br

Resumo

Foram comparados os indicadores de saúde em uma amostra probabilística de diabéticos afiliados a plano privado de saúde, cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e unidade básica de saúde (UBS) “tradicional”. Dos 3473 participantes do inquérito de saúde Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil), com 45 anos ou mais de idade, 370 haviam tido diagnóstico de diabetes e participaram do estudo. Os indicadores gerais (realização de uma ou mais consultas no ano anterior, fonte regular de cuidados, uso de medicamentos e dificuldades para obtê-los), assim como a realização de exames de rastreamento (aferição da glicemia, da pressão arterial e do colesterol no último ano) não diferiam significativamente entre cobertos pelas diferentes fontes de atenção. Diferenças mais importantes foram observadas em quatro atributos da atenção primária (acesso, integralidade, longitudinalidade e foco familiar), com melhor performance entre afiliados a plano privado de saúde, em comparação aos cobertos pela ESF e UBS tradicional, independentemente da idade, do sexo e do nível de escolaridade

Palavras-chave: diabetes, uso de serviços de saúde, atenção primária em saúde, Estratégia Saúde da Família

Abstract

This study compares health services utilization among adult diabetics covered by private health plans and those covered by the Brazilian public health system in a representative sample of residents in the municipality of Belo Horizonte, Brazil. Of the 3473 participants in the health survey aged 45 or older, 370 report having been diagnosed with diabetes and were included in the study. General indicators (one or more doctor visits in the past year, usual source of care, use of medications and difficulty obtaining them), as well as receiving screening tests (measurement of blood glucose, blood pressure and cholesterol in the past year) did not differ significantly between those covered by the different sources of care. The most important differences were observed in the attainment of four attributes of primary care (access, comprehensiveness, longitudinality and family focus), with the best performance among those with private health plan, as compared to those covered by family health strategy (ESF) and traditional primary care services (UBS). These differences persisted after adjustment for age, sex and educational attainment.

Key-words: diabetes, use of health services, primary health care; health family strategy

Resumen

Los indicadores de salud fueron comparados en una muestra aleatoria de diabéticos afiliados a compañías de seguros de salud privados, cubiertos por la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y la Unidad Básica de Salud (UBS) "tradicional". De los 3.473 participantes en la encuesta de salud en la ciudad de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil), con 45 o más años de edad, a 370 le habían diagnosticado diabetes y participaron en el estudio. Indicadores generales (realización de una o más consultas en el año anterior, una fuente regular de cuidados, uso de medicamentos y las dificultades para conseguir los mismos), así como la realización de pruebas de detección (medición de la glucosa en sangre, la presión arterial y el colesterol en el último año) no difirieron significativamente entre los cubiertos por las distintas fuentes de atención. Las diferencias más importantes se observaron en cuatro atributos de la atención primaria (acceso, la integralidad, la longitudinalidad y enfoque en la familia), con un mejor desempeño entre los afiliados a un seguro de salud privado, en comparación con las del ESF y tradicional UBS, independiente de la edad, el sexo y el nivel de educación.

Palabras clave: diabetes, uso de servicios de salud, atención primaria de salud, Estrategia Salud de la Familia.

Introdução

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) são consideradas, pela Organização das Nações Unidas, uma epidemia em ascensão em países de alta, média e baixa renda¹. Entre as 57 milhões de mortes ocorridas ao redor do mundo em 2008, 63% foram devidas às DANT, particularmente doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças crônicas respiratórias¹. Globalmente, os principais riscos atribuíveis para a mortalidade são o aumento da pressão arterial (13% das mortes), o consumo do tabaco (9%), a hiperglicemia (6%), a inatividade física (6%) e a obesidade (5)². Populações com baixo nível sócio econômico são mais vulneráveis às DANT, devido principalmente à associação inversa entre a prevalência dos seus fatores de risco e o nível de escolaridade³.

A população brasileira tem vivido uma rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional⁴. A transição nutricional caracteriza-se pelo atual predomínio de dieta baixa em fibras e com altos níveis de consumo de açúcar e de ácidos graxos saturados, associada à alta prevalência de sedentarismo, fatores estes que contribuem para o aumento da incidência do diabetes do tipo II⁵. Nas duas últimas décadas, a mortalidade por diabetes na população brasileira, com idade entre 30 e 70 anos, aumentou 8%⁶. Entre idosos (60 anos ou mais), esse aumento foi maior, correspondendo a 18%⁷. Esses números são ainda mais importantes, considerando-se que os aumentos das taxas de mortalidade foram observados após ajustamentos pela idade da população mundial, além de correções pela contribuição das causas mal definidas e pela subnotificação de óbitos^{6,7}. O Ministério da Saúde considera que os “hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, sobre a qual poder ser acrescido – ou não – o tratamento farmacológico”⁸. Esses hábitos incluem a atividade física regular, a alimentação saudável e o controle do peso, além de evitar o fumo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas^{8,9}.

Cerca de 9% dos custos com internações hospitalares na rede pública brasileira são atribuídos ao diabetes¹⁰. Parcela importante das complicações da doença pode ser evitada por meio da atenção primária oportuna e de

qualidade. No seu conjunto (códigos da CID 10: E-10 a E-14), cerca de cento e vinte mil hospitalizações na rede pública (ou seja, 6.5 internações por 10.000 habitantes) poderiam ter sido evitadas, no ano de 2006, com ações efetivas no âmbito da atenção primária no Brasil¹¹. A atenção primária é baseada em um modelo, visando o cuidado longitudinal, a atenção integral e a provisão de cuidados no contexto da família e da comunidade, além da coordenação dos diferentes níveis de atenção¹². De acordo com o marco teórico de Starfield¹⁰, a atenção primária possui os seguintes atributos: acesso, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, além da orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. A atenção primária no Brasil tem se expandido consideravelmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF)¹³.

Bertoldi et al (2013)⁵, em recente revisão da literatura sobre diabetes no Brasil, chamaram a atenção para a raridade de estudos para examinar diferenças na qualidade do tratamento de pacientes com diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS) em comparação a planos privados de saúde. Aparentemente, o único estudo existente sobre o tema é um estudo de coorte retrospectiva, comparando 80 pacientes atendidos em ambulatórios do Sistema Único de Saúde (SUS) e 277 pacientes em clínicas privadas¹⁴. Os resultados mostraram pior controle metabólico entre os primeiros, em relação aos últimos, mas a generalização desses resultados é questionada devido à sua circunscrição local e pequeno número de participantes⁵.

Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, é uma das maiores cidades brasileiras, com 2,4 milhões de habitantes¹⁵. A ESF foi implantada nesse município no ano de 2003. Entre 2003 e 2010, o número de equipes da ESF aumentou de 473 para 504, alcançando a cobertura de 71% do total da população adulta no ano final¹⁶. O presente estudo epidemiológico de base populacional, conduzido no Município de Belo Horizonte, tem por objetivo comparar indicadores de uso de serviços de saúde e comportamentos em saúde entre indivíduos que sabem ser portadores de diabetes e que são afiliados a planos privados de saúde em relação aos seus pares usuários do

sistema público de saúde (SUS), estes últimos categorizados em cobertos pela ESF e pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) “tradicionais”.

Métodos

Fontes de dados

Os dados utilizados para este trabalho foram aqueles do 2º Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), realizado entre maio e julho de 2010. Os participantes do inquérito foram selecionados por meio de amostra probabilística de conglomerados, estratificada em dois estágios. Os setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram usados como unidade primária de seleção e a unidade amostral foi o domicílio. A amostra foi baseada em 7500 domicílios, dos quais 77,3% participaram do inquérito. Todos os cerca de 8000 residentes nos domicílios amostrados, com idade igual ou superior a 20 anos, foram elegíveis para a entrevista face a face.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário suplementar à Pesquisa de Emprego e Desemprego na RMBH, conduzida pela Fundação João Pinheiro, órgão do Governo do Estado de Minas Gerais. Para o presente trabalho foram selecionados todos os participantes do inquérito, residentes no município de Belo Horizonte, com idade igual ou superior a 45 anos, e que informaram serem portadores de diabetes. Essa faixa etária foi escolhida por ser considerada como de maior risco para o diabetes⁸. A condição de ser portador de diabetes foi definida pela história de diagnóstico médico para a doença, por meio da pergunta geral “algum médico já disse que você tem diabetes?”. Mais informações sobre o 2º Inquérito de Saúde da RMBH podem ser vistos em publicações anteriores^{7,16}.

Variáveis do estudo

Variáveis dependentes

As variáveis dependentes do estudo foram os indicadores de uso de serviços de saúde, indicadores de uso de medicamentos e alguns comportamentos em saúde, assim como aconselhamento sobre hábitos saudáveis. Entre os primeiros foram consideradas três dimensões: (1) indicadores gerais de uso de serviços e de medicamentos; (2) exames de rastreamento para controle do risco cardiovascular e do diabetes; (3) parâmetros da atenção primária. O aconselhamento sobre hábitos saudáveis e os comportamentos em saúde considerados na presente análise incluíram atividades físicas no lazer, atividades físicas no cotidiano, tabagismo atual e consumo abusivo de álcool.

Entre os indicadores gerais, foram incluídos a existência de fonte regular de cuidados (em caso de necessidade costuma procurar o mesmo serviço ou profissional de saúde), a realização de pelo menos uma consulta médica nos 12 meses precedentes, o uso regular de medicamentos e a existência de dificuldades para a obtenção dos medicamentos de uso regular (devido a problemas financeiros, dificuldades em encontrar o medicamento e dificuldades em se deslocar para obter o medicamento, entre outras).

Entre os exames de rastreamento, foram considerados: aferição da pressão arterial uma ou mais vezes nos últimos 12 meses; aferição do colesterol uma ou mais vezes nos últimos 12 meses⁸ e aferição da glicemia uma ou mais vezes nos últimos 12 meses.

Os parâmetros de atenção primária considerados na presente análise foram baseados no marco teórico de Starfield (2002)¹², considerando-se: o primeiro contato (precisa consultar um médico generalista para ser encaminhado a um especialista); o acesso (não tem queixas para conseguir consultas médicas quando precisa, considerando-se como queixa a existência de filas, a falta de médicos no local do atendimento, as dificuldades de deslocamento para o local do atendimento, as dificuldades financeiras e outras dificuldades); integralidade

(quem lhe atende é capaz de resolver a maioria dos seus problemas de saúde); longitudinalidade (é atendido pelo mesmo profissional a cada nova consulta); foco familiar (quem lhe atende pergunta sobre os problemas de saúde da sua família). Essas informações foram obtidas para os participantes do inquérito de saúde que informaram ter profissional ou serviço de saúde que costuma procurar.

Com referência ao aconselhamento sobre hábitos saudáveis, foram considerados o recebimento de aconselhamento médico, alguma vez na vida, sobre uso de tabaco, atividades físicas, hábitos alimentares e/ou uso de álcool. Os comportamentos em saúde incluídos na análise foram atividade física no lazer; atividade física no cotidiano, tabagismo e o consumo abusivo de álcool. A atividade física no lazer foi definida pela frequência semanal de atividades de intensidade leve, moderada ou intensa (caminhada para fazer exercícios, ginástica ou prática de esportes, entre outras) por pelo menos 30 minutos diários, nos últimos 90 dias; foi considerada regular a atividade física três ou mais dias na semana. O sedentarismo no cotidiano foi atribuído àqueles que informaram ficar geralmente sentado durante o dia e andar pouco; o não sedentarismo foi atribuído àqueles que informaram ficar em pé ou caminhar bastante durante o dia e/ou carregar peso de vez em quando ou levantar/carregar volumes (caixas, livros, entre outros)/frequentemente subir escadas ou ladeiras ou fazer trabalho pesado, tendo de carregar volumes pesados (caixas, livros, tijolos, sacos de cimento, etc.). O hábito de fumar foi definido pelo consumo atual de cigarros entre aqueles que já fumaram pelo menos cem cigarros durante toda a vida. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi atribuído àqueles que consumiram 5 ou mais doses de álcool em uma única ocasião nos últimos 30 dias.

Variável independente

A variável independente deste estudo foi a fonte de atenção à saúde, assumindo-se que a não afiliação a plano privado de saúde implica no uso exclusivo do SUS. A variável independente foi construída com base na localização dos domicílios e na informação individual de ser afiliado a plano

privado de saúde. Todos os domicílios participantes da pesquisa foram georreferenciados para possibilitar a sua localização em cada setor censitário. Com base nessa localização, os participantes do estudo foram classificados em cobertos ou não pela ESF, considerando-se os parâmetros estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte¹⁶. Assim, a população do estudo foi classificada nos seguintes grupos, que são mutuamente excludentes: (1) afiliados a plano privado de saúde, independentemente do local de residência; (2) residentes em áreas cobertas pela ESF e usuários exclusivos do SUS; (3) cobertos pela UBS “tradicional” (não possuem plano privado de saúde e são residentes em áreas não cobertas pela ESF).

Outras variáveis do estudo

Idade (variável contínua), sexo e escolaridade completa (<4, 4-7 e 8 anos ou mais) foram considerados *a priori* potenciais variáveis de confusão no estudo.

Análise estatística

Os testes do Qui-Quadrado e a Análise de Variância foram utilizados nas análises não ajustadas para examinar diferenças entre frequências e médias, respectivamente. As análises multivariadas foram baseadas em razões de prevalência, estimadas por meio da regressão de Poisson com variância robusta para eventos comuns¹⁷. Para cada variável dependente foram construídos dois modelos multivariados: no primeiro modelo, as estimativas foram ajustadas por sexo e idade; no segundo modelo, as estimativas foram adicionalmente ajustadas pelo nível de escolaridade.

As análises foram realizadas, utilizando-se a versão 13.0 do pacote estatístico Stata (StataCorp., College Station, Estados Unidos), incorporando-se os pesos individuais, o delineamento complexo da amostra e o efeito da agregação domiciliar.

Resultados

Dos 3473 participantes do inquérito de saúde Belo Horizonte com 45 anos ou mais de idade, 370 haviam tido diagnóstico médico para diabetes e participaram da presente análise. A prevalência dos que informaram ser diabéticos não diferiu significativamente entre as diferentes fontes de atenção: 10,6% (IC 95%: 9,2%-12,2%) entre afiliados a plano privado de saúde, 11,4% (IC 95% 9,8%-13,2%) entre residentes em áreas cobertas pela ESF e 8,9% (IC 95% 6,6%-11,9%) entre cobertos pela UBS “tradicional” ($p = 0,325$).

Como pode ser visto na Tabela 1, a média da idade dos participantes foi igual a 64,8 anos, com predominância do sexo feminino (58,1%) e daqueles com escolaridade igual a 4-7 (37,2%) ou 8 anos ou mais (40,2%). A média da idade foi um pouco mais alta entre afiliados a plano privado de saúde (66,4 anos) em comparação aos cobertos pela ESF (62,8 anos) ou pela UBS “tradicional” (64,3 anos) ($p=0,037$). A distribuição por gênero não variou significativamente entre as fontes de atenção ($p=0,914$). Por outro lado, observou-se grande heterogeneidade no nível de escolaridade ($p<0,001$): a prevalência da escolaridade igual ou superior a 8 anos foi cerca de duas vezes maior entre afiliados a plano privado (56,0%) em comparação aos cobertos pela ESF (22,7%) e pela UBS “tradicional” (29,1%).

Tabela 1: Características sócio demográficas dos participantes da amostra com 45 anos ou mais de idade que informam ser portadores de diabetes e distribuição dessas características por fonte de atenção em saúde (Município de Belo Horizonte, 2010)

Características sócio demográficas	Total	Fonte de atenção			Valor p
		Plano privado	Estratégia Saúde da Família	Unidade Básica de Saúde "tradicional"	
Idade, em anos, média (erro-padrão)	64,8 (0,7)	66,4 (1,1)	62,8 (0,9)	64,3 (2,0)	0,037 ¹
Sexo feminino, %	58,1	56,9	59,4	59,0	0,914 ²
Escolaridade em anos completos, %					
< 4	22,6	12,4	33,8	30,8	<0,001 ²
4 - 7	37,2	31,7	43,5	40,1	
8 +	40,2	56,0	22,7	29,1	
Número de entrevistados	370	178	152	40	-

¹ Análise de variância para diferenças entre as fontes

² Teste do Qui-Quadrado para diferença entre as fontes

A distribuição dos indicadores gerais de uso de serviços de saúde e de medicamentos por fonte da atenção está apresentada na Tabela 2. O relato de ter profissional ou serviço de saúde que costuma procurar em caso de necessidade não diferiu entre as fontes de atenção ($p=0,612$), variando entre 96,0% nos afiliados a plano privado, 97,0% nos cobertos pela ESF e 93,5% nos cobertos pela UBS "tradicional". A proporção dos que haviam realizado uma ou mais consultas médicas nos 12 meses precedentes foi um pouco mais alta entre afiliados a plano privado (92,2%) do que entre cobertos pela ESF (87,3%) e pela UBS "tradicional" (82,6%), mas essas diferenças estavam dentro da variação amostral ($p=0,179$). A prevalência do uso regular de medicamentos não diferiu significativamente ($p=0,250$) entre afiliados a plano privado (90,7%), cobertos pela ESF (83,9%) e cobertos pela UBS "tradicional" (87,9%). A prevalência dos que informaram não ter dificuldade para obtenção de medicamentos de uso regular também não diferiu significativamente ($p=0,271$) entre as diferentes fontes de atenção, variando entre 82,4% entre afiliados a plano privado, 73,0% entre cobertos pela ESF e 76,9% cobertos pela outra fonte. As semelhanças acima comentadas persistiram nos modelos ajustados por sexo e idade, assim como naqueles ajustados adicionalmente por nível de escolaridade.

Tabela 2 – Indicadores de uso de serviços de saúde e de medicamentos entre residentes com 45 anos ou mais de idade que sabem serem portadores de diabetes, segundo a fonte da atenção em saúde (Município de Belo Horizonte, 2010)

Fonte de atenção	Possui fonte regular de cuidados em saúde	Realizou pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses	Faz uso regular de medicamentos	Relata não ter dificuldade quando precisa de medicamentos de uso regular
Prevalências (IC 95%)				
Plano privado	96,0 (92,7 – 99,3)	92,2 (88,2 – 96,2)	90,7 (85,8 – 95,5)	82,4 (74,5 – 90,3)
Estratégia Saúde da Família	97,0 (94,2 – 99,7)	87,3 (81,7 – 92,9)	83,9 (77,4 – 90,4)	73,0 (64,2 – 81,9)
Unidade Básica de Saúde “tradicional”	93,5 (86,0 – 100,9)	82,6 (68,5 – 96,7)	87,9 (76,3 – 99,5)	76,9 (61,5 – 92,3)
	p = 0,612	p = 0,179	p = 0,250	p = 0,271
RP (IC 95%) ajustadas por idade e sexo				
Plano privado	1,0	1,0	1,0	1,0
Estratégia Saúde da Família	1,01 (0,97 – 1,06)	0,94 (0,87 – 1,02)	0,94 (0,85 – 1,03)	0,89 (0,75 – 1,04)
Unidade Básica de Saúde “tradicional”	0,97 (0,89 – 1,06)	0,89 (0,74 – 1,07)	0,98 (0,85 – 1,12)	0,93 (0,75 – 1,16)
RP (IC 95%) ajustadas por idade, sexo e escolaridade				
Plano privado	1,0	1,0	1,0	1,0
Estratégia Saúde da Família	1,01 (0,96 – 1,06)	0,94 (0,86 – 1,02)	0,95 (0,87 – 1,03)	0,94 (0,79 – 1,11)
Unidade Básica de Saúde “tradicional”	0,97 (0,89 – 1,06)	0,89 (0,75 – 1,06)	0,99 (0,86 – 1,13)	0,99 (0,80 – 1,24)
No. De entrevistados	370	370	370	325 ¹

As razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95% foram estimadas por meio de regressão de Poisson com variância robusta, considerando-se os parâmetros amostrais.

¹ Somente aqueles que informaram consumir medicamentos de uso regular.

p: teste Qui-Quadrado para diferenças entre as fontes de atenção.

Na Tabela 3 observa-se que as prevalências dos exames para aferição da glicemia, da pressão arterial e do colesterol foram muito altas em todas as fontes de atenção. A prevalência da aferição da glicemia pelo menos uma vez nos últimos 12 meses foi igual a 97,8% entre afiliados a plano privado, 96,5% entre cobertos pela ESF e 93,4% entre cobertos pela UBS “tradicional” ($p=0,426$). As prevalências correspondentes para aferição da hipertensão arterial nos últimos 12 meses foram de 96,8%, 97,9% e 100,0%, respectivamente ($p=0,536$). A aferição do colesterol nos últimos 12 meses foi significativamente mais alta entre os afiliados a plano privado (96,6%) e cobertos pela ESF (97,9%) em comparação aos cobertos pela UBS “tradicional” (84,6%) ($p=0,004$), mas essa diferença desapareceu após ajustamentos por sexo e idade. Os demais resultados não se modificaram após esses ajustamentos.

Tabela 3 – Aferição da glicemia, da pressão arterial e do colesterol entre residentes com 45 anos ou mais de idade que sabem serem portadores de diabetes, segundo a fonte da atenção em saúde (Município de Belo Horizonte, 2010)

Fonte de atenção	Aferição da glicemia nos últimos 12 meses	Aferição da pressão arterial nos últimos 12 meses	Aferição do colesterol nos últimos 12 meses
Prevalências (IC 95%)			
Plano privado	97,8 (95,6 – 100,0)	96,8 (93,9 – 99,6)	96,6 (93,9 – 99,3)
Estratégia Saúde da Família	96,5 (93,4 – 99,6)	97,9 (95,5 – 100,4)	97,9 (95,5 – 100,4)
Unidade Básica de Saúde “tradicional”	93,4 (83,9 – 102,9)	100,0	84,6 (70,0 – 99,2)
	$p = 0,426$	$p = 0,536$	$p = 0,004$
Razões de prevalência (IC 95%) ajustadas por idade e sexo			
Plano privado	1,0	1,0	1,0
Estratégia Saúde da Família	0,99 (0,94 – 1,03)	1,01 (0,97 – 1,05)	1,02 (0,97 – 1,06)
Unidade Básica de Saúde “tradicional”	0,95 (0,86 – 1,06)	1,03 (1,00 – 1,06)	0,88 (0,74 – 1,05)
Razões de prevalência (IC 95%) ajustadas por idade, sexo e escolaridade			
Plano privado	1,0	1,0	1,0
Estratégia Saúde da Família	0,99 (0,93 – 1,05)	1,02 (0,96 – 1,08)	1,03 (0,97 – 1,10)
Unidade Básica de Saúde “tradicional”	0,96 (0,86 – 1,07)	1,04 (0,99 – 1,09)	0,89 (0,75 – 1,06)
No. De entrevistados	370	370	370

As razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95% foram estimadas por meio de regressão de Poisson com variância robusta, considerando-se os parâmetros amostrais.

p: teste Qui-Quadrado para diferenças entre as fontes de atenção.

Os parâmetros de atenção primária diferiram amplamente nas várias fontes de atenção, como pode ser visto na Tabela 4. Entre cobertos pela ESF e pela UBS “tradicional” predominou amplamente a necessidade de consulta com médico generalista antes da consulta com especialista (81,8% e 93,9%, respectivamente), ao passo que entre afiliados a plano privado, menos da metade (47,1%) precisava consultar um médico generalista antes da consulta com especialista ($p<0,001$). O acesso, definido pela ausência de dificuldades para conseguir consultas médicas, foi significativamente mais alto entre afiliados a plano privado (65,6% informaram não ter dificuldades) em comparação aos cobertos pela ESF (22,6%) e cobertos pela UBS “tradicional” (21,9%) ($p<0,001$). A integralidade, na percepção do usuário, foi mais alta entre afiliados a plano privado em comparação aos cobertos pela ESF e pela UBS “tradicional” (89,2%, 74,3% e 73,6%, respectivamente, consideravam que quem lhes atendia era capaz de resolver a maioria dos seus problemas de saúde; $p=0,004$). A longitudinalidade também foi mais frequente entre afiliados a plano privado em relação aos cobertos pela ESF e pela outra fonte (86,3%, 69,6% e 74,7%, respectivamente, informaram ser atendidos pelo mesmo profissional a cada nova consulta; $p=0,005$). O enfoque familiar foi informado com menos frequência pelos cobertos pela ESF em comparação aos afiliados a plano privado e pela UBS “tradicional” (65,3%, 89,4% e 82,9%, respectivamente, informaram que quem lhes atendia perguntava pelas condições de saúde de outros membros da família; $p<0,001$). Via de regra, essas diferenças persistiram nas análises ajustadas por idade, sexo e adicionalmente por escolaridade.

Tabela 4 – Parâmetros da atenção primária nos serviços de saúde utilizados por residentes com 45 anos ou mais de idade que sabem serem portadores de diabetes, segundo a fonte da atenção em saúde (Município de Belo Horizonte, 2010)

Fonte de atenção	<i>Primeiro contato</i> Precisa consultar um médico generalista para ser encaminhado a um especialista	<i>Acesso</i> Relata não ter dificuldade para conseguir consulta médica quando precisa	<i>Integralidade</i> Considera que quem lhe atende é capaz de resolver a maioria dos seus problemas de saúde	<i>Longitudinalidade</i> Informa ser atendido pelo mesmo profissional a cada nova consulta	<i>Foco familiar</i> Considera que quem lhe atende pergunta sobre os problemas de saúde da sua família
Prevalências (IC 95%)					
Plano privado	47,1 (37,9 – 56,2)	65,6 (56,9 – 74,4)	89,2 (84,5 – 94,0)	86,3 (80,7 – 91,9)	89,4 (83,6 – 95,1)
Estratégia Saúde da Família	81,8 (74,9 – 88,7)	22,6 (14,9 – 30,3)	74,3 (65,9 – 82,7)	69,6 (61,2 – 78,0)	65,3 (56,4 – 74,1)
Unidade Básica de Saúde “tradicional”	93,9 (85,1 – 102,7)	21,9 (6,0 – 37,7)	73,6 (57,5 – 89,8)	74,7 (59,0 – 90,4)	82,9 (71,2 – 94,5)
	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,004	p = 0,005	p < 0,001
Razões de prevalência (IC 95%) ajustadas por idade e sexo					
Plano privado	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Estratégia Saúde da Família	1,74* (1,41 – 2,15)	0,36* (0,25 – 0,51)	0,84* (0,74 – 0,95)	0,80* (0,70 – 0,92)	0,73* (0,63 – 0,86)
Unidade Básica de Saúde “tradicional”	2,01* (1,62 – 2,48)	0,34* (0,16 – 0,72)	0,83 (0,66 – 1,03)	0,86 (0,69 – 1,08)	0,93 (0,80 – 1,08)
Razões de prevalência (IC 95%) ajustadas por idade, sexo e escolaridade					
Plano privado	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Estratégia Saúde da Família	1,66* (1,32 – 2,08)	0,41* (0,28 – 0,59)	0,87* (0,77 – 0,99)	0,83* (0,72 – 0,97)	0,77* (0,65 – 0,90)
Unidade Básica de Saúde “tradicional”	1,93* (1,54 – 2,42)	0,43* (0,22 – 0,81)	0,86 (0,68 – 1,08)	0,89 (0,71 – 1,12)	0,96 (0,83 – 1,12)
No. De entrevistados	355	355	355	355	355

As razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95% foram estimadas por meio de regressão de Poisson com variância robusta, considerando-se os parâmetros amostrais.

p: valor de p do teste Qui-Quadrado para diferenças entre as fontes de atenção

*: p < 0,05

Na Tabela 5 está apresentada a distribuição de alguns comportamentos em saúde, segundo a fonte de atenção. A proporção dos que haviam recebido orientações médicas acerca de hábitos saudáveis foi alta em todos os grupos (94,5% dos afiliados a plano privado, 89,0% dos cobertos pela ESF e 91,2% dos cobertos pela UBS “tradicional”; $p=0,360$). A prevalência da atividade física regular no tempo livre foi significativamente mais alta entre afiliados a plano privado de saúde (18,7%) em comparação aos cobertos pela ESF (7,2%) e pela UBS “tradicional” (8,4%); após ajustamentos por idade, sexo e escolaridade, os cobertos pela ESF persistiram menos propensos a realizar atividade física regular no tempo livre em comparação àqueles afiliados a plano privado ($RP = 0,46$; IC 95% (0,22 – 0,95)). A prevalência do sedentarismo no cotidiano variou entre 52,1% nos afiliados a plano privado, 50,8% nos cobertos pela ESF e 70,8% nos cobertos pela outra fonte ($p=0,107$); após ajustamentos por idade, sexo e escolaridade os cobertos pela UBS “tradicional” apresentaram maior propensão ao sedentarismo ($RP= 1,35$; IC 95% (1,04 – 1,77)). A prevalência do consumo abusivo de álcool não diferiu significativamente entre cobertos por plano privado, ESF ou UBS “tradicional” (24,4%, 17,7% e 21,2%, respectivamente; $p=0,403$), assim como a prevalência do tabagismo atual (7,1%, 10,6% e 12,8%, respectivamente; $p=0,375$); essas semelhanças não foram afetadas por ajustamentos por idade, sexo e escolaridade.

Tabela 5 – Comportamentos em saúde entre residentes com 45 anos ou mais de idade que sabem serem portadores de diabetes, segundo a fonte da atenção em saúde (Município de Belo Horizonte, 2010)

Fonte de atenção	Recebeu aconselhamento médico alguma vez na vida sobre tabagismo, consumo de álcool, atividades físicas e/ou hábitos alimentares	Atividade física regular no tempo livre	Sedentarismo no cotidiano	Consumo abusivo de álcool	Tabagismo atual
Prevalências (IC 95%)					
Plano privado	94,5 (89,1 – 100,0)	18,7 (12,3 – 25,0)	52,1 (43,3 – 60,9)	24,4 (17,6 – 31,2)	7,1 (3,1 – 11,0)
Estratégia Saúde da Família	89,0 (83,4 – 94,7)	7,2 (3,0 – 11,4)	50,8 (42,2 – 59,5)	17,7 (11,1 – 24,2)	10,6 (5,5 – 15,7)
Unidade Básica de Saúde “tradicional”	91,2 (81,7 – 100,7)	8,4 (0,0 – 18,9)	70,8 (55,9 – 85,6)	21,2 (7,1 – 35,2)	12,8 (2,9 – 22,8)
	p = 0,360	p = 0,020	p = 0,107	p = 0,403	p = 0,375
Razões de prevalência (IC 95%) ajustadas por idade e sexo					
Plano privado	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Estratégia Saúde da Família	0,93 (0,87 – 1,00)	0,38* (0,19 – 0,74)	1,05 (0,83 – 1,32)	0,71 (0,46 – 1,10)	1,28 (0,60 – 2,71)
Unidade Básica de Saúde “tradicional”	0,96 (0,86 – 1,07)	0,45 (0,13 – 1,59)	1,40* (1,09 – 1,82)	0,87 (0,45 – 1,67)	1,63 (0,63 – 4,20)
Razões de prevalência (IC 95%) ajustadas por idade, sexo e escolaridade					
Plano privado	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Estratégia Saúde da Família	0,95 (0,89 – 1,02)	0,46* (0,22 – 0,95)	1,00 (0,78 – 1,29)	0,79 (0,50 – 1,25)	1,13 (0,49 – 2,63)
Unidade Básica de Saúde “tradicional”	0,98 (0,87 – 1,10)	0,51 (0,14 – 1,84)	1,35* (1,04 – 1,77)	0,92 (0,48 – 1,77)	1,54 (0,60 – 3,97)
No. De entrevistados	370	370	370	370	370

As razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95% foram estimadas por meio de regressão de Poisson com variância robusta, considerando-se os parâmetros amostrais.

p: valor de p do teste Qui-Quadrado para diferenças entre as fontes de atenção

*: p<0,05

Discussão

Os resultados deste estudo epidemiológico, conduzido no município de Belo Horizonte, mostram semelhanças e diferenças nos indicadores de uso de serviços de saúde e nos comportamentos em saúde entre pessoas que sabem ser diabéticas, segundo a fonte de atenção. Os indicadores gerais de uso de serviços e de medicamentos, as prevalências das aferições da glicemia, da pressão arterial e do colesterol, assim como as prevalências do consumo abusivo de álcool e do tabagismo foram semelhantes entre indivíduos cobertos pelas diferentes fontes de atenção. As diferenças mais importantes foram observadas nos parâmetros de atenção primária, que apresentaram melhor performance entre afiliados a plano privado de saúde, em comparação aos usuários exclusivos do SUS, independentemente da idade, do sexo e do nível de escolaridade.

Os indicadores gerais de uso de serviço de saúde considerados na presente análise foram a existência de profissional ou serviço de referência e o número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses. A existência de profissional ou serviço de referência é um dos indicadores utilizados para medir a performance da atenção primária em saúde ¹², existindo evidências de que esse vínculo favorece a adesão às recomendações dos profissionais de saúde, entre outros efeitos favoráveis¹⁸. A realização de pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses é um dos indicadores da linha de cuidados do diabetes estabelecidas pelo Ministério da Saúde⁸. Todos esses indicadores apresentaram performance semelhante nas diferentes fontes de atenção consideradas nesta análise.

O uso contínuo de medicamentos e as queixas para obtenção dos mesmos foram os indicadores de uso de medicamentos considerados neste trabalho. A prevalência do consumo de medicamentos foi alta na população estudada e não diferiu entre as fontes de atenção. As queixas para obtenção de medicamentos de uso regular também não diferiram entre cobertos pelas diferentes fontes. Um estudo anterior, baseado no 1º e no 2º Inquérito de Saúde de Belo Horizonte, mostrou que houve redução substancial, entre 2003

e 2010, das queixas para obtenção de medicamentos na população geral com 20 anos ou mais de idade¹⁹. A explicação mais provável para essa redução reside nas políticas para tornar acessíveis e gratuitos medicamentos essenciais^{20,21}. Outro estudo, baseado no mesmo inquérito mostrou que, em 2010, não haviam diferenças nas queixas para obtenção de medicamentos entre afiliados a plano privado e residentes em áreas cobertas pela ESF, mas os cobertos pela UBS “tradicional” apresentavam mais dificuldades para a obtenção dos medicamentos¹⁶. Os resultados da presente análise mostram que a diferença acima comentada não existe para adultos mais velhos com diagnóstico médico de diabetes.

O diabetes é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares e 65% de todos os óbitos entre pessoas com a doença serão devidos a essas doenças²². Estudos anteriores mostram que existe uma associação positiva e independente entre os níveis de glicemia e a doença cardiovascular²³, assim como associação entre o diabetes, a dislipidemia, a hipertensão arterial e a disfunção endotelial⁸. Entre as recomendações do Ministério da Saúde para o manejo do diabetes estão a dosagem da glicemia duas ou mais vezes no ano e a aferição da pressão arterial e do colesterol pelo menos uma vez no ano⁸. Nossos resultados não permitem examinar o número de dosagens da glicemia realizadas no ano, sendo esta uma limitação do estudo. Entretanto, é importante salientar que foram observadas altas coberturas de pelo menos uma aferição nos últimos 12 meses, tanto da glicemia, quanto da pressão arterial e do colesterol e que as prevalências correspondentes não variaram significativamente entre as diferentes fontes de atenção.

A abordagem do diabético na atenção primária em saúde compreende a promoção da saúde (abordagem dos fatores de risco), a detecção precoce (exames de rastreamento), o tratamento e o acompanhamento, a coordenação do cuidado (sistema de referência e contra-referência) e o manejo de complicações da doença⁸. Para alcançar esses objetivos é necessário que os atributos da atenção primária tenham bom desempenho¹². Na presente análise, de maneira geral, os indicadores referentes a esses atributos apresentaram melhor desempenho entre diabéticos afiliados a plano privado, em relação aos

usuários do SUS, tanto entre aqueles cobertos quanto não cobertos pela ESF. A diferença na forma de acesso aos especialistas foi marcante entre os dois sistemas, com prevalência significativamente maior da necessidade de consulta ao médico generalista para encaminhamento ao especialista entre os usuários do sistema público. Essa diferença se explica porque no sistema privado, a consulta ao especialista depende da escolha do cliente, ao passo que no sistema público ela é regulada e depende da disponibilidade e suficiência de médicos especialistas²⁴. Há que se avaliar se essa situação é favorável para os usuários de planos privados, uma vez que a efetividade da atenção em saúde realizada sem a devida coordenação de um profissional da atenção primária é controversa²⁵.

Em comparação aos afiliados a plano privado, as dificuldades para conseguir consultas médicas (um indicador de acesso) foram relatadas com mais frequência pelos usuários do SUS, tanto entre cobertos pela ESF quanto pela UBS “tradicional”. Essas observações são consistentes com resultados de investigações anteriores, visando avaliar a qualidade da ESF no Brasil, por meio do PCATool (PrimaryCareAssessment Tool), mostrando que o acesso é um dos atributos com pontuação mais baixa no sistema público^{26,27}. Isso se deve, entre outros fatores, à forma de organização da atenção primária no âmbito do SUS, com unidades de atendimento funcionando em horários restritos e somente nos dias úteis. As estratégias alternativas, são a flexibilização do horário de atendimento, assim como a agilização do agendamento de consultas e obtenção de informações por telefone e/ou, internet, como demonstrado por Vieira-da-Silva e colaboradores²⁸.

Uma pesquisa recente, conduzida entre gestores e enfermeiras da rede da atenção primária no município de Belo Horizonte, mostrou que o atributo da integralidade foi bem avaliado por esses profissionais (escore igual a 0,83 numa escala de 0 a 1)²⁹. Na presente análise, a integralidade foi avaliada por meio da resposta à pergunta sobre a capacidade do profissional/serviço utilizado em resolver a maioria dos problemas de saúde do usuário. Cerca de 2/3 dos usuários do sistema público, tanto cobertos pela ESF quanto pela UBS

“tradicional”, responderam positivamente a essa pergunta; entre afiliados a plano privado, essa proporção foi mais alta (cerca de 90%).

A longitudinalidade é um atributo da atenção primária referente à relação do usuário com o profissional de saúde ao longo do tempo. Um estudo conduzido no município de Belo Horizonte mostrou que o tempo de permanência do médico na mesma equipe estava associado à redução das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária³⁰. No presente trabalho, a prevalência dos que informaram ser atendidos pelo mesmo médico a cada nova consulta foi significativamente mais alta entre afiliados a plano privado, em comparação aos usuários do SUS, sobretudo entre os cobertos pela ESF. Uma das possíveis explicações para a pior performance desse atributo reside nas altas proporções de desligamento e rotatividade dos profissionais das equipes da ESF³¹. O atributo foco familiar apresentou pior performance entre cobertos pela ESF em comparação aos afiliados a plano privado. Esse resultado é também preocupante porque o enfoque familiar é um dos principais objetivos da ESF.

O diabetes não controlado pode levar a diversas complicações, entre elas a disfunção do coração e vasos sanguíneos, além da disfunção renal, cegueira e neuropatia, entre outras⁸. A adoção de hábitos saudáveis é um aspecto central para o controle do diabetes, recomendando-se fortemente a atividade física regular, a alimentação saudável e o controle do peso, além de evitar o fumo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas^{8,9}. Resultados de uma meta-análise recente mostraram que intervenções, entre pessoas com diabetes do tipo 2, voltadas para mudanças dos comportamentos em saúde, tais como dieta e exercícios, são efetivas para reduzir o índice de massa corporal, o nível da hemoglobina glicada, a pressão sistólica e a pressão diastólica³². O Ministério da Saúde reforça o processo educativo na APS, de forma a melhorar os comportamentos em saúde dos indivíduos com diabetes⁸. Nossos resultados mostram que, embora a quase totalidade dos indivíduos com diabetes tenham recebido aconselhamento para a adoção de hábito saudável, persistem prevalências preocupantes da inatividade física no lazer e no cotidiano, assim como do consumo abusivo de bebidas alcólicas, entre pessoas que sabem

ser diabéticas. Os resultados mostram também que entre 7% e 12% dos diabéticos são fumantes atuais. Quando as diversas fontes de atenção foram comparadas, observou-se que entre cobertos pela ESF, a prevalência da inatividade física no lazer foi mais que o dobro da observada entre afiliados a plano privado ou cobertos pela UBS “tradicional”, mesmo após ajustamentos por idade, sexo e nível de escolaridade, sugerindo que as ações no âmbito da ESF não estão sendo suficientes para a promoção da atividade física na área de estudo.

Este estudo tem vantagens e limitações. As principais vantagens são o tamanho da amostra e a sua representatividade da população elegível, o local do estudo (a terceira maior cidade brasileira) e a existência de informações que permite, por meio de georreferenciamento, localizar os domicílios em áreas cobertas ou não ESF. Outra vantagem do estudo é a análise de parâmetros da atenção primária estabelecidos pelo Ministério da Saúde para cuidados dos indivíduos com diabetes⁸, tratando-se – ao nosso conhecimento – do primeiro grande estudo de base populacional em nosso meio sobre o tema. Por outro lado, o estudo foi baseado em informações obtidas por meio de inquérito de saúde não delineado especificamente para o estudo do diabetes. Assim, vários indicadores de performance do cuidado ao paciente com diabetes⁸ não puderam ser investigadas. Outra limitação do estudo é a ausência de medidas biológicas, impossibilitando a mensuração de parâmetros de controle da doença, tais como o nível da glicemia, aferições antropométricas e da pressão arterial, entre outros. Finalmente, é importante lembrar que nosso estudo foi baseado no diabetes autorreferido e estima-se que cerca da metade dos diabéticos residentes na comunidade desconhecem ter a doença^{8,33}. Assim, as prevalências encontradas na presente investigação devem estar subestimadas e nossas inferências são baseadas nos moradores que sabem ter a doença.

A prevalência do diabetes vem aumentando ao redor do mundo e em geral está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção arterial⁸. Existem evidências de que os custos dos cuidados ao diabetes é duas a três vezes mais alto que os dispensados aos não diabéticos e está relacionado às complicações da doença³⁴. O diabetes é considerado uma Condição Sensível à

Atenção Primária, ou seja, uma condição de saúde cujo manejo adequado na atenção primária pode evitar hospitalizações e óbitos por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares¹¹. Os resultados da presente investigação apontam para dois desafios para o SUS no manejo dos pacientes com diabetes no município de Belo Horizonte: (1) realizar atividades que sejam mais efetivas para a promoção da atividade física dos pacientes com diabetes; (2) reorganizar-se para melhorar a performance dos parâmetros da atenção primária, em particular o acesso, a integralidade e o foco familiar.

Referências

1. United Nations. General Assembly. Prevention and control of non-communicable diseases. Report of the Secretary-General. 2011. <http://www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011/documents.shtml> (acessado em 15/Jan/2015)
2. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization. 2009. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf (acessado em 15/Jan/2015).
3. WHO. Global status report on non-communicable diseases. World Health Organization. 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf; (acessado em 15/Jan/2015).
4. Bertoldi AD, Kanavos P, França GV, Carraro A, Tejada CA, Hallal PC et al. Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. Global Health. 2013; 9: 62.
5. Sartorelli DS, Franco LJ. Trends in diabetes mellitus in Brazil: the role of the nutritional transition. Cad Saúde Pública. 2003; 19: S29-S36.

6. Duncan BB, Stevens A, Schmidt MI. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Saúde Brasil 2011. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012; P. 93-104.
7. Lima-Costa MF, Stevens A, Duncan B. Mortalidade entre idosos no Brasil: tendências em 20 anos (1991 a 2010). In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Saúde Brasil 2011. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012; P. 209-226.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde. 2013; 160 p (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
9. Gusso G & Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Vol 2, São Paulo: Artmed; 2012.
10. Rosa RS. Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. Epidemiol Serv Saude. 2008; 17: 131-134.
11. Alfradique ME, Bonolo Pde F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad. Saúde Pública. 2009; 25(6):1337-1349.
12. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.

13. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*. 2011; 377:1778-97.
14. Panarotto D, TräselHde A, Oliveira MS, Gravina LB, Teles AR. Controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 nos serviços público e privado de Saúde. *ArqBrasEndocrinolMetabol*. 2009; 53: 733-74.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica 28); 2011.
16. Lima-Costa MF, Turci M, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. SaúdePública*. 2013; 29:1370-1380.
17. Long JS, Freese J. Regression model for categorical dependent variables using Stata. 2nd. Ed. College Station: Stata Press; 2006.
18. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes?. *J Fam Pract*. 2004; 53:974-80.
19. Lima-Costa MF, Turci M, Macinko J. Saúde dos adultos em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
20. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998, dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União* 1998; 31.
21. Santos-Pinto CB, Costa NR, Osório-de-Castro CG. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16:2963-73.

22. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, et al. Heart disease and stroke statistics–2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2009; 119: e21-181.
23. Molitch ME, Fujimoto W, Hamman RF, Knowler WC; Diabetes Prevention Program Research Group. The diabetes prevention program and its global implications. *J Am SocNephrol*. 2003;14(Suppl 2):S103-7.
24. Almeida PF¹, Giovanella L, Mendonça MH, Escorel S, Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *CadSaude Publica*. 2010; 26: 286-98.
25. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*; 2009; 25: 2012-20.
26. Araújo LU, Gama ZA, Nascimento FL, Oliveira HF, Azevedo WM, Almeida Júnior HJ. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *CienSaude Colet*. 2014;19:3521-32.
27. Castro RC, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. título do trabalho. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *CadSaude Publica*. 2012; 28:1772-84.
28. Vieira-da-Silva LM, Chaves SC, Esperidião MA, Lopes-Martinho RM. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J EpidemiolCommunity Health*. 2010; 64:1100-5.

29. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. A influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em belo horizonte na avaliação de gestores e enfermeiros. *CadSaude Publica*. (em publicação)
30. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan B, Nunes L, Leyth, W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams. *Health PolicyPlan*. 2012; 27(4):348-55.
31. Medeiros CR, Junqueira AG, Schwingel G, Carreno I, Jungles LA, Saldanha OM.: A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *CienSaude Colet*. 2010; Suppl 1:1521-31.
32. Chen L, Pei Jian-Hao, Kuang J, Chen Hong-Mei, Chen Z, Zhong-Wen Li, Hua-Zhang Yang: Effect of lifestyle intervention in patients with type 2diabetes: A meta-analysis, *Metabolism clinical and experimental*. 2015; 64(2):338-47.
33. Lima-Costa, M F; Peixoto, S W V; Firmo, J O A; Uchoa, ME: Validade do diabetes auto-referido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí. *Rev. SaúdePública*. 2007; 41: 947-53.
34. International Diabetes Federation, Clinical Guideline Task Force. Global Guideline for type 2 diabetes; 2009. <http://www.idf.org/sites/default/files/IDF%20T2DM%20Guideline.pdf>. (acessado 15/Jan/2015)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que a maioria dos estudos nacionais disponíveis pretendiam avaliar o desempenho da atenção primária por meio da ESF ou compará-la ao serviço das UBS tradicionais (Cotta et al.2007; Araújo et al.1999; Paiva et al. 2006, Macinko et al.2007). Um estudo brasileiro comparando o serviço de atenção primária, entre a rede pública e privada, usando dados de amostra contendo apenas diabéticos, se ateve a aspectos clínicos do tratamento/controle do DM como controle glicêmico, dosagem de hemoglobina glicada, prevenção de complicações através da dosagem de LDL-colesterol, triglicérides, pressão arterial, além avaliação do controle da doença através de uso de medicamentos como a insulina (Panarotto et al. 2013). As experiências nacionais e internacionais comparando o desempenho do serviço público e privado foram realizados com amostras da população geral e não com diabéticos(Macinko & Lima-Costa, 2012; Lima-Costa et al. 2013; Wong et al. 2010; Mosquera et al. 2013), o que dificultou uma análise mais profunda dos resultados encontrados.

Os resultados desse trabalho mostraram que, em relação à utilização geral dos serviços de saúde como consultas médicas, realização de exames, uso de medicação regular e dificuldade para obtenção dos mesmos, não houve diferenças significativas entre indivíduos cobertos pela ESF e afiliados a planos privados de saúde, ou seja, independente do serviço de saúde utilizado, os usuários portadores de DM estão utilizando de forma similar os serviços de saúde, para prevenção de complicações e promoção de saúde. Em relação aos comportamentos da saúde, apesar da quase totalidade de diabéticos auto-referidos terem recebido aconselhamento para a adoção de hábitos saudáveis, é preocupante a baixa prevalência de atividade física no tempo livre e as altas prevalências do sedentarismo no cotidiano e consumo abusivo de álcool e tabagismo atual. Em Belo Horizonte, há ações que incentivam a prática de atividade física regular, como as "Academias da Cidade", que são academias ao ar livre, além de revitalização das praças públicas, com construção de ciclovias e pistas de caminhada. Esses resultados apontam desafios para o

SUS no município de Belo Horizonte, no sentido de fortalecer as ações de incentivo a prática de atividade física, diminuição do consumo abusivo de álcool e tabagismo, principalmente porque mudanças de comportamentos, incluindo os de saúde, envolvem questões culturais.

Em relação aos domínios da atenção primária, com exceção do primeiro contato, o desempenho da ESF foi marcadamente inferior ao serviço privado. O melhor desempenho do setor privado para os domínios analisados poder ser devido à grande facilidade de acesso aos serviços, sem barreiras, à rápida resolutividade ao problema apresentado pelo usuário e uma boa relação entre o provedor de cuidado e o indivíduo, já que é o mesmo quem escolhe, na maioria das vezes, o profissional que irá atendê-lo. Em contrapartida, não há racionalização de uso de serviços, como consultas a especialistas e outros profissionais de saúde além de realização de exames clínicos e de imagem e outros serviços.

É importante ressaltar que o uso dos serviços de saúde no setor público é feito de forma mais consciente, racionalizada e de acordo com as reais necessidades do usuário e suficiência de profissionais, respeitando as diretrizes do SUS e que muitas vezes não coincidem com as expectativas dos usuários, o que pode ter influenciado no menor desempenho da ESF em relação aos domínios da atenção primária. Outra questão importante que também pode ter influenciado no menor desempenho dos domínios da atenção primária na ESF envolve características do próprio sistema, como a alta rotatividade dos profissionais de saúde, a limitação de horário de funcionamento das unidades básicas de saúde, já que unidades de saúde funcionam em horário comercial e em dias úteis, fechando em finais de semana e feriados, o que pode dificultar o acesso por uma parcela da população que é ativa economicamente e que utiliza o serviço público.

Em suma, apesar dos avanços no fortalecimento da ESF como coordenador, reordenador e organizador da atenção básica, ainda são necessários esforços para que ela possa exercer tal papel. Para tanto seriam

necessárias ações e políticas para expansão do horário de funcionamento das unidades de saúde, ações sobre educação/informação em saúde e para melhorar as relações entre usuários e profissionais de saúde no serviço público, como por exemplo treinamento contínuo e permanência dos profissionais de saúde na APS.

6 REFERÊNCIAS

1. Almeida C, Macinko J. *Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde (SUS) em nível local*. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2006.
2. Araújo RB, Santos I, Cavaleti MA, Costa JSD, Béria JU: *Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário*, Revista de Saúde Pública, 1999, 33(1): 24-32.
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade: *Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde. 2013; 160 p (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2012 : *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico /Ministério da Saúde*, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Ministério da Saúde, 2013, 136 p.
6. Cesse EAP, Carvalho EF, Souza de WV, Luna CF: *Tendência da Mortalidade por Diabetes Mellitus no Brasil: 1950 a 2000*, Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e metabolismo, 2009, 53/9.
7. Chen L, Pei Jian-Hao, Kuang J, Chen Hong-Mei, Chen Z, Zhong-Wen Li, Hua-Zhang Yang: *Effect of lifestyle intervention in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis*, Metabolism clinical and experimental. Metabolism. 2015; 64(2):338-47.
8. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, Alfenas RCG: *Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa Saúde da Família no Município de Teixeira, MG*, Cadernos de Saúde Pública, 2009, 14(4): 1251-60.

9. Declaração de Alma Ata, 1978, disponível em apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf (acesso em 08 de abril de 2014).
10. Freitas LRS; Garcia LP: *Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008*, Epidemiol. Serv. Saúde, 2012, 21(1): 7-19.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: *Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica 28), 2011.
12. Lima-Costa MF; Turci MA, Macinko J: *Saúde dos Adultos em Belo Horizonte*, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento da Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal de Minas Gerais, 2012, 120p.
13. Lima-Costa MF, Stevens A, Duncan B: *Mortalidade entre idosos no Brasil: tendências em 20 anos (1991 a 2010)*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. *Saúde Brasil 2011*. Editora do Ministério da Saúde. 2012, p. 209-226.
14. Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J: *Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*, Cadernos de Saúde Pública, 2013, 29(7):1370-1380.
15. Macinko J, Lima-Costa Maria F: *Access to and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey*, Tropical Medicine and International Health, 2012, 17:36-42.
16. Malerbi DA, Franco JL: *Multicenter Study of the Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian Population Aged 30-69Yr*, 1992, Diabetes Care, 15 (11).
17. Malta DC, Neto OLM, Junior JBS: *Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-2011 a 2022*, Epidemiol. Servi. Saude, 2011, 20 (4) 425-38.

18. Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Sebastián MS: *Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogotá-Colombia: a cross-sectional study*, BMC Health Services Research, 2013, 13:315
19. Nam S; Chesla C; Stotts NA; Kroon L; Janson SL: *Barriers to diabetes manejo: Patient and provider factors*, Diabetes Research and Clinical Practice, 2011, 93.
20. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuter MML: *Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil*, Cadernos de Saúde Pública, 2006, 22(2): 377-385.
21. Panarotto D, Träsel H de A, Oliveira MS, Gravina LB, Teles AR. *Controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 nos serviços público e privado de Saúde*. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2009; 53: 733-74.
22. Rosa RS, Schmidt MI: *Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001*, Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2008, 17(2): 123-153.
23. Schmidt MI, Duncan BB, Holffman JF, Malta DC, Carvalho RMSV, *Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em Inquérito de morbidade auto-referido, Brasil, 2006*, Revista de Saúde Pública, 2009, 43 (supl. 2): 74-82.
24. Starfield B: *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, Brasília, Unesco Brasil, Ministério da Saúde, disponível em http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1, 2002.
25. Wong SYS, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MCS, Chung VCH, Goggins WB, Starfield B: *Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong-Kong*: BMC Public Health, 2010, 10:397