

Comparação dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas na população com e sem planos de saúde nas capitais brasileiras, 2011

Comparison of risk and protective factors for chronic diseases in the population with and without health insurance in the Brazilian capitals, 2011

Deborah Carvalho Malta^I, Regina Tomie Ivata Bernal^{II}

RESUMO: *Introdução:* O artigo compara os fatores de risco e proteção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), morbidade referida e acesso a exames preventivos na população com e sem planos de saúde nas capitais brasileiras. *Métodos:* A população de estudo é composta por adultos (≥ 18 anos) moradores de residências com telefones fixos nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. As estimativas das variáveis selecionadas são apresentadas segundo planos de saúde (“Sim” ou “Não”) e sexo. Foi realizada pós-estratificação segundo idade, sexo e escolaridade nas duas populações, e foram calculadas as razões de prevalência ajustadas por idade e sexo para os fatores de risco e proteção de DCNT. *Resultados:* Foram avaliadas 54.099 pessoas com 18 ou mais anos de idade, sendo 47,4% beneficiários de planos de saúde. A cobertura de planos de saúde tende a aumentar com a idade e escolaridade. Os beneficiários de planos apresentaram maior chance de ter fatores de proteção, como alimentação saudável, prática de atividade física, cobertura de exames, como mamografia e Papanicolau, e menor prevalência de fatores de risco, como tabagismo, inatividade física, avaliação de saúde ruim e hipertensão arterial. O consumo de bebida alcoólica de forma abusiva, o consumo de carne com excesso de gordura, excesso de peso, obesidade e diabetes não tiveram associação com a variável posse de plano de saúde. Quando controlados por escolaridade, os indivíduos que têm planos de saúde geralmente apresentam melhores indicadores. *Conclusão:* Essas informações são importantes para reduzir iniquidades entre a população com e sem plano de saúde.

Palavras-chave: Doenças crônicas. Planos de saúde. Tabagismo. Papanicolau. Mamografia. Inquéritos populacionais.

^IDepartamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

^{II}Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Deborah Carvalho Malta. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. SAF Sul, Trecho 2, Lote 5/6, Torre I, Edifício Premium, Sala 14, Térreo, CEP: 70070-600, Brasília, DF, Brasil. E-mail: deborah.malta@saude.gov.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Introduction: The article compares the risk and protective factors for Non-communicable Diseases (NCD), referred morbidity and access to preventive examinations in the population with and without health insurance in all Brazilian State capitals. **Methods:** The study population consists of adults (> 18 years) living in households with landlines in 26 Brazilian State capitals and the Federal District. Estimates of selected variables are presented according to possession of health plans (“Yes” or “No”) and sex. A post-stratification was performed according to age, gender and education in both populations, and prevalence ratios were calculated, adjusted for age and sex between people with and without health insurance for the risk and protective factors for NCDs. **Results:** A total of 54,099 people at the age of 18 or older were evaluated, 47.4% of them were beneficiaries of health plans. The coverage of health insurance tends to increase with age and level of education. Compared to non-beneficiaries of health plans, beneficiaries were more likely to have protective factors, such as healthy eating, physical activity, coverage tests, such as mammography and Pap test, and a lower prevalence of risk factors such as smoking, physical inactivity, poor health assessment and hypertension. Alcohol abuse, consumption of excessive fat meats, overweight, obesity and diabetes were not associated with the variable possession of health insurance. When controlled by education, individuals who have health insurance generally have better indicators. **Conclusion:** This information is important to establish measures for reducing differences among people with and without health insurance.

Keywords: Chronic Disease. Health plans. Smoking. Papanicolaou smear. Mammography. Population surveys.

INTRODUÇÃO

As principais causas de morbimortalidade entre adultos brasileiros são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com destaque para as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes, que são responsáveis por 72% dos óbitos no país^{1,2}.

O impacto dos fatores de risco e de proteção na mortalidade por DCNT pode ser percebido pelas mortes atribuíveis a ou prevenidas por cada fator. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras é responsável, anualmente, por um terço das doenças isquêmicas do coração e cerca de 20% dos cânceres gastrointestinais no mundo. A hipertensão arterial, principal fator de risco para doenças cardiovasculares, causa cerca de 7,5 milhões de mortes/ano, seguida pelo tabagismo, pela inatividade física, pelo sobrepeso/obesidade, pelo colesterol elevado e pelo consumo abusivo de álcool. Por outro lado, a prática regular de atividade física reduz o risco de doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão arterial, diabetes, câncer de mama e de colo/reto e depressão, além de auxiliar no controle do peso³.

As DCNTs têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e alto grau de limitação para os indivíduos, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, resultando no agravamento de iniquidades sociais e pobreza e ampliando as desigualdades sociais³.

A epidemia de DCNTs tem afetado mais as pessoas de baixa renda, por serem mais expostas aos fatores de risco e terem menos acesso aos serviços de saúde^{3,4}. Existem diferenças importantes na distribuição da morbimortalidade das DCNTs, segundo fatores socioeconômicos, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, resultando em diferentes acessos a serviços, padrões de consumo, entre outros¹⁻³.

Estudos têm apontado uma correlação positiva entre acesso aos serviços de saúde e o poder aquisitivo da população. Dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) apontaram que 49,7% das pessoas de menor renda familiar declaram ter consultado médico nos últimos 12 meses, subindo para 78,3% entre pessoas com renda familiar de mais de 20 salários mínimos⁵. A PNAD apontou, ainda, que quanto maior a renda familiar do indivíduo, maior sua chance de ter um plano de saúde. Entre a população de renda familiar inferior a um salário mínimo, a cobertura de planos de saúde era de cerca de 3% em 2008, e atingia 83,8% de cobertura entre aqueles que recebem 20 salários mínimos ou mais⁵.

Estudos anteriores do Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) já apontaram que a população com planos de saúde tende a ter mais acesso a exames preventivos de câncer, como Papanicolau e mamografia⁶.

O *Behavior Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) tem divulgado análises frequentes na população americana, comparando os fatores de risco para DCNTs entre populações cobertas e não cobertas por planos de saúde. Os resultados apontados mostram que populações com planos de saúde tendem a ter mais acesso a exames preventivos, maiores prevalências de fatores de proteção, como alimentação saudável e atividade física, e menor prevalência de fatores de risco, como tabagismo^{7,8}.

No Brasil, esses estudos nacionais sobre fatores de risco de DCNTs, como hábitos alimentares, atividade física, uso de tabaco e álcool e acesso a exames na população com e sem planos de saúde, ainda são uma lacuna. Estudos realizados em Belo Horizonte mostram importantes diferenças entre essas populações, sempre associando maiores prevalências de fatores de risco a populações não cobertas por planos de saúde⁹.

Os dados sobre fatores de risco de DCNTs passaram a ser monitorados no Brasil em 2006 por meio do Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). O inquérito é realizado anualmente em todas as 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, com a população adulta (≥ 18 anos)¹⁰. Dentre os indicadores que são *proxy* de *status* socioeconômico, destacamos a escolaridade e a variável plano de saúde, incluída em 2008. Esta última possibilita um olhar específico para a população beneficiária de planos de saúde das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal.

Este artigo compara os fatores de risco e proteção de DCNTs, morbidade referida e acesso a exames preventivos na população com e sem planos de saúde no conjunto das capitais brasileiras. Esta é a primeira análise, em todas as capitais, que compara um conjunto de indicadores da base do Vigitel na população com e sem planos de saúde, e se justifica pela importância do monitoramento de indicadores de fatores de risco e proteção de DCNTs, morbidades e acesso a exames preventivos em diferentes segmentos sociais, visando induzir políticas públicas de promoção e prevenção e promover equidade.

MÉTODOS

Esta análise refere-se a um estudo transversal de base populacional, que avalia a população adulta (≥ 18 anos) residente nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. O Vigitel utiliza amostras probabilísticas da população adulta (≥ 18 anos) a partir do cadastro das linhas de telefone fixo das cidades, disponibilizadas anualmente pelas principais operadoras de telefonia fixa no país. São sorteadas 5.000 linhas telefônicas de cada cidade, as quais são divididas em réplicas (ou subamostras) de 200 linhas cada para identificação das linhas elegíveis, ou seja, linhas residenciais ativas. Após confirmada a elegibilidade da linha, é realizada a seleção do morador a ser entrevistado.

Foram usadas as bases de dados do Vigitel 2011, considerando o grupo de comparação composto por adultos com e sem planos de saúde. Foi utilizado o método *rake*^{11,12} para o cálculo dos pesos de pós-estratificação usando fonte externa dos dados da população brasileira. Na construção dos pesos de pós-estratificação, foram utilizadas estimativas de idade, sexo e escolaridade da população projetada para o ano corrente da pesquisa. O método *rake* utiliza a distribuição de frequências absolutas da faixa etária (18 a 24; 25 a 34; 35 a 44; 45 a 54; 65 anos ou mais), sexo (masculino, feminino) e nível de instrução (0 a 7; 8 a 10; 11 a 13; 14 anos ou mais) da população, e é ponderada pelos pesos amostrais. Os pesos foram calculados no programa SAS, utilizando a macro *sasRakinge.sas* disponibilizada por Izrael et al.¹³.

O questionário do Vigitel engloba 94 questões, divididas em módulos:

- Características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos;
- Padrão de alimentação e atividade física;
- Peso e altura referidos;
- Consumo de cigarro e de bebidas alcoólicas;
- Avaliação própria do seu estado de saúde e morbidade referida.

A entrevista do Vigitel baseia-se no sistema de entrevistas telefônicas assistidas por computador, em que as perguntas são lidas na tela do computador e suas respostas registradas diretamente em meio eletrônico, permitindo pulos automáticos de questões não válidas decorrentes das respostas anteriores¹⁰.

Foram estudados os seguintes fatores de risco de DCNTs: prevalência de tabagistas (% indivíduos fumantes/número de indivíduos entrevistados, ex-fumantes/número de indivíduos que pararam de fumar); excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 kg/m²) e obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m²); consumo de carnes com excesso de gordura (carne vermelha com gordura visível ou frango com pele); consumo regular de refrigerantes ou suco artificial (cinco ou mais dias por semana); inatividade física (indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses, que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, que não se deslocam para o trabalho ou escola a pé ou de bicicleta e que não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas); consumo abusivo de bebidas alcoólicas (quatro ou mais doses para mulher e cinco ou mais doses para homem em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias, considerando como dose de

bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho); direção de veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica; autoavaliação do estado de saúde ruim; e morbidades referidas (diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial e diabetes). Os fatores de proteção apresentados foram: consumo recomendado (cinco ou mais porções diárias, em cinco ou mais dias da semana) de frutas e hortaliças; consumo regular de feijão (cinco ou mais dias da semana); prática recomendada de atividade física no tempo livre (prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, independentemente do número de dias em que pratica atividade física por semana); realização de exames de detecção precoce de câncer em mulheres (mamografia para mulheres de 50 a 69 anos e exame de Papanicolau para mulheres de 25 a 59 anos). Tais indicadores foram calculados tendo como denominador o total de adultos entrevistados, à exceção daqueles referentes a idade e sexo específicos.

Foi utilizado o modelo de regressão logística múltipla:

$$\left(\log \left\{ \frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} \right\} \right) = \beta_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p,$$

em que $\pi(x)$ expressa a probabilidade de acesso ao plano de saúde, dadas as características x_p (faixa etária e anos de estudo), para identificar o perfil. As variáveis explicativas são de natureza qualitativa, sendo considerada como referência a primeira categoria. Os resultados da regressão logística múltipla são expressos pelo *odds ratio* (OR) para uma determinada categoria de x_p e de referência. A razão de chance igual a 1 indica que a chance é igualmente provável nos dois grupos. Valor acima de 1 indica quantas vezes a chance é maior no primeiro grupo, e valor menor que 1 indica quantas vezes a chance é menor no primeiro grupo do que no segundo¹⁴. Foram comparadas as frequências dos fatores de risco e proteção de DCNTs com e sem plano de saúde, no conjunto das 26 capitais e Distrito Federal. Foi calculado o OR estimado pelo modelo de regressão logística entre quem tem e não tem plano. Foram ainda realizadas análises dos fatores de risco e proteção de DCNTs na população com e sem de planos de saúde, segundo estratos de escolaridade no conjunto das 26 capitais e Distrito Federal. Em todas as análises realizadas, foi considerado o peso final, que é composto pelo peso da amostra e o da pós estratificação.

O inquérito Vigitel foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Ministério da Saúde. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nesse caso, é substituída pelo consentimento verbal do entrevistado no momento da ligação telefônica.

RESULTADOS

Em 2011, foram realizadas 54.099 entrevistas em adultos no conjunto das capitais. Desses, 28.625 possuíam pelo menos um plano de saúde e 25.474 não possuíam planos de saúde (Tabela 1). Os dados do Vigitel 2011 estimam que 47,4% da população residente nas capitais

possuem pelo menos um plano de saúde, variando entre 26,1% (Macapá) e 63,5% (Vitória). A população das capitais do Sul e Sudeste apresentam as maiores coberturas, e as menores estão no Norte e Nordeste.

O resultado da regressão logística mostra que, a partir dos 35 anos de idade, a chance de um adulto possuir plano de saúde é maior quando comparado ao grupo de 18 a 24 anos. O mesmo pode ser observado para a escolaridade: quanto maior a escolaridade, maior a chance de um adulto possuir um plano de saúde quando comparado ao grupo que tem de 0 a 8 anos de estudo (Tabela 2).

O grupo de adultos com plano de saúde tem menor associação nos indicadores: fumo ou fumo pesado (ou uso de 20 ou mais cigarros diários); fumante passivo no domicílio e

Tabela 1. Tamanho da amostra por capital, e posse de plano de saúde e cobertura de plano de saúde por capital segundo Vigitel, 2011.

Capital	Posse de plano de saúde		Total	Cobertura de plano de saúde	
	Não	Sim		%	IC95%
Aracaju	810	1191	2001	47,9	45,19 – 50,68
Belém	890	1148	2038	46,2	43,47 – 49,01
Belo Horizonte	758	1247	2005	57,6	55,02 – 60,15
Boa Vista	1270	747	2017	26,1	23,61 – 28,69
Campo Grande	1006	990	1996	45,6	43,01 – 48,16
Cuiabá	898	1102	2000	49,3	46,64 – 52,03
Curitiba	838	1161	1999	56,0	53,49 – 58,49
Florianópolis	695	1305	2000	58,4	55,70 – 61,08
Fortaleza	940	1062	2002	42,8	40,10 – 45,46
Goiânia	908	1091	1999	51,1	48,53 – 53,66
João Pessoa	906	1094	2000	40,2	37,39 – 42,93
Macapá	1058	938	1996	29,5	25,10 – 33,88
Maceió	917	1084	2001	40,1	37,27 – 42,89
Manaus	1176	838	2014	35,1	32,47 – 37,65
Natal	882	1118	2000	45,1	42,28 – 47,87
Palmas	920	1081	2001	42,1	39,23 – 44,92
Porto Alegre	828	1185	2013	54,2	51,60 – 56,90
Porto Velho	1036	963	1999	37,1	34,51 – 39,75
Recife	918	1094	2012	46,2	43,50 – 48,94
Rio Branco	1186	815	2001	29,7	27,23 – 32,17
Rio de Janeiro	854	1145	1999	52,6	50,00 – 55,29
Salvador	1083	915	1998	38,2	35,76 – 40,71
São Luís	1208	800	2008	30,8	28,38 – 33,28
São Paulo	907	1092	1999	50,3	47,76 – 52,84
Teresina	917	1083	2000	41,0	38,29 – 43,77
Vitória	678	1322	2000	63,5	60,92 – 66,05
Distrito Federal	987	1014	2001	40,8	38,33 – 43,37
Total	25474	28625	54099	47,4	46,57 – 48,25

no trabalho; consumo de leite com teor integral de gordura ou refrigerante cinco ou mais dias da semana; consumo de feijão em cinco ou mais dias da semana; avaliação de estado de saúde considerada como ruim e hipertensão arterial. A atividade física no tempo livre é maior no grupo que possui plano de saúde, enquanto aqueles que não possuem plano são mais ativos no deslocamento e no domicílio. Ter planos de saúde aumenta a chance do consumo de Frutas, Legumes e Verduras (FLV) e de conduzir veículo motorizado após ingerir álcool. Os exames preventivos, como mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos de idade e Papanicolau (na prevenção de câncer de colo de útero) em mulheres entre 25 e 59 anos de idade, são maiores entre aquelas quem têm planos de saúde. Já os indicadores de ex-fumante, consumo de carne com excesso de gordura, consumo de bebida alcoólica de forma abusiva, excesso de peso, obesidade e diabetes não têm associação com variável posse de plano de saúde (Tabela 3).

A população com planos de saúde e com menor escolaridade (0 a 8 anos), comparada com quem não tem plano de saúde, apresenta menores chances de fumar, fumar 20 ou mais cigarros diários, consumir leite com teor integral de gordura, realizar atividade física no deslocamento entre trabalho e casa e no próprio domicílio e consumir bebida alcoólica de forma abusiva. Por outro lado, aumenta a chance de consumir Frutas, Legumes e Verduras (FLV), realizar atividade física no tempo livre, conduzir veículo motorizado após ingerir álcool, maior cobertura de exames de prevenção de câncer de mama (mulheres entre 50 e 69 anos) e de prevenção de câncer de colo de útero (25 e 59 anos) (Tabela 4). No grupo de 9 a 11 anos de estudo, a população com planos de saúde, comparada à que não tem plano, apresenta menor razão de chances de fumar, fumar 20 ou mais cigarros diários, fumar passivamente no domicílio e no trabalho, consumir leite com teor integral de gordura, ter menor prevalência de atividade física no deslocamento e no domicílio, ter maior prevalência de estado de saúde considerado ruim e ter mais hipertensão arterial. Por outro lado, aumenta a chance de ter maior consumo de FLV, realizar mais atividade física no tempo

Tabela 2. Cobertura populacional de planos de saúde, segundo faixa etária e escolaridade, capitais brasileiras, 2011. *Odds ratio* (OR) estimada pelo modelo de regressão logística.

Variáveis	OR	IC95%
Faixa etária (anos)		
18 – 24	1,00	
25 – 34	1,03	0,91 – 1,17
35 – 44	1,27	1,12 – 1,44
45 – 54	1,63	1,43 – 1,86
55 – 64	1,95	1,69 – 2,25
65 – 90	3,39	2,92 – 3,94
Faixa de escolaridade		
0 – 8	1,00	
9 – 11	2,82	2,57 – 3,10
12 – 20	11,58	10,36 – 12,95

Tabela 3. Comparação da distribuição dos fatores de risco e proteção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis com e sem de planos de saúde, no conjunto das 26 capitais e Distrito Federal. *Odds ratio* (OR) estimada pelo modelo de regressão logística.

Indicadores	Posse de plano de saúde				OR _{aj}	IC95%
	Sim		Não			
	Proporção	IC95%	Proporção	IC95%		
Tabagismo						
Fumante	10,07	9,29 – 10,85	16,37	15,37 – 17,36	0,66	0,59 – 0,74
Ex-fumante	21,30	20,33 – 22,27	22,82	21,83 – 23,81	0,99	0,91 – 1,09
Fuma 20 ou mais cigarros	2,99	2,54 – 3,44	4,93	4,33 – 5,52	0,70	0,57 – 0,86
Fumante passivo no domicílio	9,83	9,07 – 10,58	12,67	11,83 – 13,51	0,82	0,73 – 0,93
Fumante passivo no trabalho	9,29	8,57 – 10,01	12,93	12,11 – 13,75	0,82	0,73 – 0,93
Consumo						
FLV regularmente	39,98	38,85 – 41,12	27,94	26,88 – 29,00	1,36	1,26 – 1,47
FLV recomendado	25,90	24,90 – 26,91	18,36	17,42 – 19,29	1,24	1,13 – 1,35
Carne com excesso de gordura	29,73	28,63 – 30,83	34,93	33,75 – 36,10	0,92	0,85 – 1,00
Leite com teor integral de gordura	51,00	49,82 – 52,17	60,29	59,13 – 61,45	0,75	0,70 – 0,81
Refrigerante em cinco ou mais dias	25,86	24,78 – 26,95	29,02	27,87 – 30,17	0,91	0,83 – 0,99
Feijão em cinco ou mais dias	63,88	62,78 – 64,98	70,96	69,95 – 71,98	0,92	0,85 – 0,98
Atividade física						
No tempo livre	37,59	36,45 – 38,72	26,18	25,15 – 27,22	1,41	1,30 – 1,52
No deslocamento	12,37	11,53 – 13,21	18,60	17,62 – 19,57	0,66	0,59 – 0,73
Domicílio	30,11	29,05 – 31,18	44,47	43,29 – 45,65	0,63	0,59 – 0,68
Ocupação	36,89	35,74 – 38,04	45,29	44,08 – 46,49	0,79	0,73 – 0,85
Lazer ou transporte	27,49	26,45 – 28,54	28,90	27,80 – 29,99	0,88	0,82 – 0,96
Inativo	15,94	15,10 – 16,79	13,97	13,16 – 14,79	1,14	1,03 – 1,26
Consumo de bebida alcoólica						
De forma abusiva	16,54	15,65 – 17,44	16,50	15,59 – 17,41	0,94	0,85 – 1,03
Dirigir após beber	7,16	6,57 – 7,75	3,60	3,19 – 4,01	1,45	1,24 – 1,70
Saúde						
Excesso de peso	49,56	48,34 – 50,78	48,62	47,34 – 49,89	1,05	0,97 – 1,13
Obesidade	14,86	14,01 – 15,70	16,68	15,75 – 17,61	0,90	0,82 – 1,00
Estado de saúde autorreferido como ruim	3,19	2,79 – 3,60	5,77	5,26 – 6,29	0,72	0,61 – 0,87
Morbidade referida						
Hipertensão arterial	22,79	21,87 – 23,71	25,69	24,67 – 26,71	0,86	0,78 – 0,94
Diabetes	6,30	5,74 – 6,86	6,27	5,73 – 6,80	1,03	0,89 – 1,20
Prevenção de câncer de mama (50 a 69 anos)						
Mamografia	94,39	92,82 – 95,96	83,09	81,04 – 85,14	2,66	1,86 – 3,81
Mamografia nos últimos dois anos	85,70	83,59 – 87,82	63,39	60,69 – 66,09	2,81	2,23 – 3,54
Papanicolau (25 a 59 anos)						
Papanicolau na vida	91,58	90,65 – 92,52	83,97	82,72 – 85,21	1,69	1,42 – 2,00
Papanicolau nos últimos três anos	87,88	86,70 – 89,06	76,84	75,38 – 78,29	1,72	1,47 – 2,02

*OR_{aj} ajustado por idade e anos de estudo; FLV: Frutas, Legumes e Verduras.

Tabela 4. Distribuição dos fatores de risco e proteção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na população com e sem de planos de saúde, segundo estratos de escolaridade no conjunto das 26 capitais e Distrito Federal. Fatores de risco segundo escolaridade, com plano e sem plano.

Variável	0 a 8 anos de escolaridade				9 a 11 anos				12 anos e mais			
	Plano de Saúde				Plano de Saúde				Plano de Saúde			
	Sim	Não	OR _{aj}	IC95%	Sim	Não	OR _{aj}	IC95%	Sim	Não	OR _{aj}	IC95%
Tabagismo												
Fumante	12,18	20,67	0,66	0,59 – 0,74	9,13	12,09	0,69	0,58 – 0,82	9,63	10,21	0,88	0,67 – 1,16
Ex-fumante	32,79	29,1	0,99	0,91 – 1,09	18,34	16,51	0,94	0,83 – 1,08	16,97	14,14	1,02	0,80 – 1,29
Fuma 20 ou mais cigarros	4,12	6,91	0,7	0,57 – 0,86	2,51	2,82	0,78	0,57 – 1,06	2,73	2,61	0,85	0,53 – 1,38
Fumante passivo domicílio	9,2	11,48	0,82	0,73 – 0,93	11,08	14,23	0,82	0,69 – 0,98	9,08	12,99	0,72	0,55 – 0,95
Fumante passivo no trabalho	11,02	12,77	0,82	0,73 – 0,93	10,51	14,01	0,76	0,64 – 0,89	7,15	9,84	0,75	0,56 – 1,00
Consumo												
FLV regularmente	37,81	27,53	1,36	1,26 – 1,47	34,52	26,93	1,3	1,16 – 1,46	46,18	33,61	1,52	1,30 – 1,79
FLV recomendado	22,78	17,21	1,24	1,13 – 1,35	22,73	18,69	1,19	1,05 – 1,36	30,64	22,89	1,36	1,14 – 1,62
Carne com excesso de gordura	29,14	36,09	0,92	0,85 – 1	32,71	34,09	1	0,9 – 1,12	27,40	32,02	0,87	0,73 – 1,03
Leite com teor integral de gordura	51,33	56,59	0,75	0,7 – 0,81	58,15	63,83	0,84	0,76 – 0,94	44,41	66,10	0,44	0,38 – 0,52
Refrigerante em cinco ou mais dias	22,55	26,57	0,91	0,83 – 0,99	28,35	32,12	0,92	0,81 – 1,03	25,64	30,05	0,86	0,72 – 1,03
Feijão em cinco ou mais dias	70,38	73,4	0,92	0,85 – 0,98	68,47	69,33	1	0,9 – 1,11	55,83	64,49	0,75	0,64 – 0,87
Atividade física												
No tempo livre	25,02	19,67	1,41	1,3 – 1,52	38,54	32,49	1,38	1,24 – 1,54	44,37	36,02	1,48	1,26 – 1,74
No deslocamento	9,61	18,34	0,66	0,59 – 0,73	14,26	18,48	0,77	0,67 – 0,9	12,35	20,28	0,59	0,47 – 0,75
No domicílio	42,15	46,78	0,63	0,59 – 0,68	34,32	44,16	0,62	0,55 – 0,68	19,06	34,01	0,44	0,37 – 0,51
Na ocupação	34,8	45,63	0,79	0,73 – 0,85	42,72	45,9	0,92	0,83 – 1,03	32,95	41,38	0,71	0,60 – 0,83
No lazer ou transporte	19,96	26,07	0,88	0,82 – 0,96	30,14	31,65	0,98	0,88 – 1,1	29,69	33,04	0,89	0,75 – 1,05
Inativo	19,22	15,79	1,14	1,03 – 1,26	13,28	11,68	1,09	0,93 – 1,28	16,33	13,19	1,24	1,00 – 1,53
Consumo de bebida alcoólica												
De forma abusiva	9,74	15	0,94	0,85 – 1,03	16,69	18,17	0,94	0,82 – 1,07	20,55	18,01	1,27	1,04 – 1,56
Dirigir após beber	3,25	2,31	1,45	1,24 – 1,7	5,25	4,35	1,22	0,97 – 1,53	11,24	7,36	1,62	1,23 – 2,14
Saúde												
Excesso de peso	57,48	53,94	1,05	0,97 – 1,13	48,3	44,53	1,04	0,94 – 1,16	46,33	39,25	1,20	1,03 – 1,40
Obesidade	19,75	19,14	0,9	0,82 – 1	13,99	14,62	0,85	0,74 – 0,99	12,94	12,89	0,92	0,74 – 1,13
Estado de saúde autorreferido como ruim	7,14	7,82	0,72	0,61 – 0,87	2,36	3,82	0,56	0,43 – 0,74	1,53	2,59	0,53	0,34 – 0,82
Morbidade referida												
Hipertensão arterial	41,07	34,32	0,86	0,78 – 0,94	18,2	17,13	0,79	0,69 – 0,91	15,80	13,38	0,90	0,72 – 1,12
Diabetes	13,81	9,17	1,03	0,89 – 1,2	4,44	3,4	0,93	0,72 – 1,2	3,42	2,07	1,15	0,74 – 1,78
Prevenção de câncer de mama (50 a 69 anos)												
Mamografia	90,91	81,86	2,66	1,86 – 3,81	96,95	85,83	5,25	3,11 – 8,88	96,89	89,14	3,83	1,36 – 10,81
Mamografia nos últimos dois anos	80,15	60,98	2,81	2,23 – 3,54	88,29	70,53	3,32	2,38 – 4,64	91,10	67,65	4,95	2,79 – 8,81
Papanicolau (25 a 59 anos)												
Exame de Papanicolau	90,28	84,65	1,69	1,42 – 2	91,21	82,3	1,97	1,55 – 2,5	92,44	86,75	1,55	1,08 – 2,23
Exame de Papanicolau nos últimos três anos	82,33	76	1,72	1,47 – 2,02	87,57	76,75	1,95	1,58 – 2,42	90,49	81,03	1,97	1,44 – 2,68

OR_{aj} ajustado por idade; FLV: Frutas, Legumes e Verduras.

livre, maior cobertura na prevenção de câncer de mama em mulheres entre 50 e 69 anos de idade e maior cobertura de prevenção de câncer de colo de útero em mulheres entre 25 e 59 anos de idade. No grupo de 12 anos ou mais de estudo, a população com planos de saúde, comparada com quem não tem plano, apresenta menor chance de fumar, fumar passivamente no domicílio e no trabalho, consumir leite com teor integral de gordura, consumir feijão em cinco ou mais dias da semana, realizar atividade física no deslocamento e no domicílio, e ter estado de saúde considerado como ruim. Por outro lado, aumenta a chance de consumir FLV, praticar atividade física no tempo livre, consumir bebida alcoólica de forma abusiva, conduzir veículo motorizado após ingerir álcool, excesso de peso, maior cobertura na prevenção de câncer de mama e de câncer de colo de útero. A estimativa da prevalência na prevenção de câncer de mama apresenta coeficiente de variação acima de 30%, dados não mostrados, devendo ser usado com cautela.

DISCUSSÃO

O inquérito do Vigitel aponta que cerca de metade da população nas capitais tem plano de saúde, aumentando com a escolaridade e a idade. O estudo, em geral, aponta que a população com planos de saúde apresenta maiores prevalências de fatores de proteção como alimentação saudável, prática de atividade física no tempo livre, cobertura de exames preventivos de câncer, como mamografia e Papanicolau, e menor prevalência de fatores de risco como tabagismo, inatividade física, avaliação de saúde ruim e hipertensão arterial. O consumo de bebida alcoólica de forma abusiva, o consumo de carne com excesso de gordura, o excesso de peso, a obesidade e a diabetes não têm associação com a variável posse de plano de saúde. Quando estratificadas por escolaridade, essas características, em geral, tendem a se manter, e os que têm planos de saúde, independentemente da escolaridade, geralmente apresentam melhores indicadores.

A população coberta por planos de saúde concentra-se nas áreas urbanas, nas capitais, nos municípios mais populosos e nas regiões Sul e Sudeste do país. Estas diferenças são explicadas pela maior concentração de riqueza e renda nestes locais e, portanto, maior comercialização dos planos de saúde^{5,15,16}. Os dados do Vigitel também apontaram maiores coberturas nas capitais do Sul e Sudeste.

O estudo mostrou ainda que pessoas com maior escolaridade (12 ou mais anos de estudo) têm mais acesso a planos de saúde, o que também é confirmado na PNAD⁵. Estudos mostram que a escolaridade está fortemente associada com a renda e a saúde^{17,18}. Outros estudos também apontam que a escolaridade está fortemente associada à posse de um plano de saúde^{9,19-21}.

Os dados do Vigitel 2011 mostram 47,4% de cobertura de planos de saúde no conjunto da população adulta das capitais de estados brasileiros e Distrito Federal, muito próximo aos 46,2% que são estimados pela Agência Nacional de Saúde (ANS)²². Vale ressaltar que a cobertura da ANS é para a população com 20 anos ou mais de idade. Porém, ao estratificar por capital, nota-se diferença entre as taxas de cobertura. O Vigitel superestima, em quase

o dobro, a cobertura de planos de saúde nas capitais Boa Vista, Macapá, Palmas, Rio Branco e Goiânia, enquanto subestima em São Paulo e Vitória (Tabela 2). Estas diferenças podem ocorrer em função da cobertura do Vigitel nessas capitais. O peso de pós-estratificação tende a corrigir esses vícios, mas pode não ter conseguido eliminá-los completamente.

Os dados apontam aumento da cobertura de planos de saúde com a idade e maior chance de haver idosos com planos de saúde. Isto já foi descrito em outros estudos⁶, e também no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) da ANS¹⁶, o que revela a maior necessidade de consumo de serviços nessa faixa etária^{15,23}.

A população coberta por planos de saúde tem, em geral, mais acesso a serviços de saúde. Além disso, existem desigualdades no acesso pela distribuição desigual de equipamentos por região, urbana e rural, tipos de serviços e recursos humanos^{5,24}.

Essas características já foram descritas em outros estudos nos Estados Unidos (EUA) (BRFSS)^{7,8} e no Brasil⁹. Este último estudo foi realizado na região metropolitana de Belo Horizonte e apontou que os indivíduos que possuem acesso a planos de saúde, de uma maneira geral, apresentavam hábitos mais saudáveis, como fumar menos, praticar mais atividade física no tempo livre, ter maior ingestão de cinco ou mais porções de frutas, verduras ou legumes e maior realização de exames preventivos⁹.

Estudos americanos mostram que usuários sem coberturas de planos de saúde apresentam maior risco de DCNTs e menor acesso a serviços de saúde^{7,8}. Em geral, os piores desempenhos estão entre população não coberta por planos de saúde, jovens, etnia não branca, autônomos, desempregados e indivíduos que possuem baixo salário ou de população de baixa renda^{7,8,25,26}.

Também nos EUA, a população com acesso a planos de saúde realiza mais serviços preventivos, como mamografia, colonoscopia e citologia oncótica⁷.

O protocolo do Ministério da Saúde, seguindo normas internacionais da OMS, recomenda o exame de Papanicolau a cada três anos entre mulheres de idade fértil²⁷. Com relação à mamografia, segue-se a orientação de exame rotineiro de saúde a cada dois anos na faixa etária de 50 a 69 anos, uma vez que as evidências da efetividade desse exame para a redução da mortalidade por câncer de mama são mais fortes nessa faixa etária²⁸.

Os dados do Vigitel são semelhantes aos encontrados no BRFSS, mostrando chances maiores de as mulheres que têm planos de saúde realizarem exames preventivos, como a mamografia e citologia oncótica, o que poderia ser explicado pelo maior acesso aos serviços diagnósticos e preventivos nessa população^{7,8}. Estudos a partir da Pesquisa sobre Assistência Médica Sanitária (AMS) apontam maior oferta de leitos na rede privada, bem como de equipamentos, como mamógrafos²⁹. Realidade essa que tende, progressivamente, a ser mudada, com o investimento que tem sido realizado pelo Ministério da Saúde no programa prioritário de redução do câncer de mama e colo de útero^{30,31}.

Destacamos que a prevalência de mamografia nos últimos dois anos na população que não tem planos de saúde é menor, mas já próxima da meta de 75%, prevista no Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas para 2022^{2,32}. A mesma meta já foi superada na população com planos de saúde^{2,6,32}. As diferenças de cobertura de citologia oncótica (Papanicolau) entre população com e sem planos de saúde são menores, por ser um exame ofertado pelo

Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Primária. A meta do Plano de Enfrentamento de DCNTs de alcançar cobertura média de 85% em 2022 já foi atingida na população com planos de saúde e já está próxima de ser atingida na população coberta apenas pelo SUS (77%)^{2,6,32}.

Destacamos ainda que as diferenças na população com e sem planos de saúde persistem quando estratificadas por escolaridade. Entretanto, a escolaridade é um fator importante no acesso a esses exames: a cobertura de mamografia e citologia oncológica aumenta com a escolaridade.

Em 2008, a prevalência global de diabetes foi estimada em 10%, e a de hipertensão arterial, entre 25 e 40%³. O uso da morbidade referida no Brasil pode resultar em prevalências inferiores, e a pesquisa pode subestimar as prevalências dos diagnósticos autorreferidos (hipertensão e diabetes), pois reflete diagnósticos médicos prévios e, portanto, a oferta de serviços. A literatura aponta vantagens nessa forma de coleta, por ser não invasiva e de baixo custo, e o diagnóstico autorreferido de hipertensão mostra boa sensibilidade, sendo um bom indicador^{33,34}.

A hipertensão foi mais diagnosticada na população sem plano de saúde e com menor escolaridade, o que pode ser explicado pelo maior acesso a práticas de promoção a saúde, como alimentação saudável e atividade física, além de maior acesso a serviços de saúde na população com planos de saúde^{35,36}. Além disso, a OMS aponta que a prevalência de hipertensão é maior em países de baixa e média renda, mas intervenções na área da saúde pública geram diminuição da prevalência dessa doença em países de alta renda³.

Não houve diferença na prevalência de diabetes entre quem tem e não tem planos de saúde. Entretanto, em relação à escolaridade, a relação de diabetes foi inversa, sugerindo que a escolaridade, *proxy* de nível socioeconômico, esteja relacionada a maior acesso a práticas de promoção a saúde, como alimentação saudável, atividade física, além de maior acesso a serviços de saúde⁵.

A população coberta por planos de saúde apresenta, em geral, melhor escolaridade e renda e mais acesso a informações sobre a importância dos hábitos saudáveis, além de mais acesso a espaços para prática de atividade física, mais recursos para aquisição de alimentos saudáveis como frutas, legumes e hortaliças, conhecimentos sobre os malefícios do fumo, entre outros⁹. Foram avaliados diferentes indicadores de atividade física e, em geral, todos foram compatíveis com estudos que apontam a prática de atividade física no tempo livre associada com maior escolaridade, renda e posse de plano de saúde^{9,37,38}. Foi possível observar que, ao contrário, a atividade física ligada ao deslocamento, atividades domésticas e no trabalho está associada a pessoas que não têm planos de saúde e com menor escolaridade, o que também é compatível com a literatura^{5,38,39}. Menor renda e escolaridade acabam por promover o transporte ativo, como o uso de bicicleta, ônibus, transporte coletivo e deslocamentos a pé para o trabalho, além de realização de tarefas com maior gasto energético no trabalho e cuidados com a faxina doméstica. Destacamos que os domínios atividade física no trabalho e doméstica nem sempre estão associados com melhorias à saúde, podendo propiciar doenças osteomusculares pelo uso excessivo e intenso³⁹.

A autoavaliação do estado de saúde, embora uma medida qualitativa e subjetiva, é um importante preditor de mortalidade e tem sido utilizada internacionalmente como medida

objetiva de condição de saúde^{40,41}. Em geral, pessoas com melhor nível socioeconômico e de escolaridade e com mais acesso a bens e serviços tendem a avaliar melhor seu estado de saúde^{40,41}. Essas características podem explicar a melhor avaliação das pessoas com planos de saúde. Quando estratificada por escolaridade, permanece melhor avaliação entre populações com maior escolaridade.

Não foram encontradas diferenças em relação ao excesso de peso, obesidade e consumo de álcool abusivo. Em relação ao consumo de álcool e direção, a população com planos de saúde tem este comportamento com maior frequência, o que pode se justificar pelo fato de posse de carro estar relacionado a melhor status socioeconômico. Além disso, o Vigitel aponta que a população com mais escolaridade, *proxy* de renda, tem esta prática mais frequentemente¹⁰.

Este estudo possui algumas limitações. Entre elas, o fato de usar entrevistas telefônicas, incluindo apenas os indivíduos que possuem telefone fixo, o que pode reduzir a participação de populações de baixa renda, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Porém, esse viés foi minimizado por meio da utilização dos fatores de expansão do Censo. O delineamento transversal do estudo não permite estabelecer relação temporal de causa e efeito. Assim, não se pode afirmar que o acesso aos planos de saúde resulta em menor exposição a risco ou se indivíduos mais preocupados com a própria saúde buscam a cobertura por esses planos. Outro limite refere-se à utilização da morbidade autorreferida. A experiência nacional e internacional mostra que algumas variáveis autorreferidas, em especial hipertensão arterial e avaliação estado de saúde, conseguem obter boas estimativas, além de apresentar vantagens como rapidez na informação, sensibilidade e baixo custo^{33,41}.

CONCLUSÃO

O Vigitel possibilita o monitoramento contínuo da distribuição dos fatores de risco, do acesso a exames preventivos, da morbidade referida de DCNTs, bem como a comparação dessa distribuição entre a população beneficiária e não beneficiária de planos de saúde. Essas informações são essenciais para estabelecer medidas de promoção e prevenção, bem como prover os tomadores de decisão de subsídios para elaboração de programas de saúde.

Em síntese, nossos resultados mostraram que existiam diferenças de estilos de vida entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde, sendo possível observar hábitos mais saudáveis entre os primeiros, independente do nível de escolaridade. A prevalência de uso de exames preventivos foi, também, significativamente mais alta entre os filiados a plano privado, em comparação àqueles que dependem exclusivamente do SUS, mesmo estratificando-se esses resultados pela escolaridade.

REFERÊNCIAS

- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet* 2011; 377(9781): 1949-61.
- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília (DF); 2011.
- Organização Mundial da Saúde. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Genebra: WHO; 2011.
- Organização Mundial da Saúde. Preventing chronic diseases: a vital investment. Genebra: WHO; 2005.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008). Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde: 2008. Rio de Janeiro (RJ); 2010.
- Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde* 2001; 20(4): 425-38.
- Ahluwalia IB, Bolen J, Garvin B. Health insurance coverage and use of selected preventive services by working age women, BRFSS 2006. *J Womens Health (Larchmt)* 2007; 16(7): 935-40.
- Nelson KM, Chapko MK, Reiber G, Boyko EJ. The association between health insurance coverage and diabetes care; data from the 2000 behavior risk factor surveillance system. *Health Serv Res* 2005; 40(2): 361-72.
- Lima-Costa MF. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 857-64.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilante Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília; 2012.
- Kalton G, Flores-Cervantes I. *Weighting Methods*. *J Off Stat* 2003; 19(2): 81-97.
- Bernal RTI. *Inquéritos por telefone: inferências válidas em regiões com baixa taxa de cobertura de linhas residenciais* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
- Izrael D, Hoaglin DC, Battaglia MP. A SAS Macro for Balancing a Weighted Sample; Proceedings of the Twenty-Fifth Annual SAS Users Group International Conference. 2000; Paper 275.
- Paula GA. *Modelos de Regressão com apoio computacional*. Instituto de Matemática e Estatística. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
- Malta DC, Jorge AO. O mercado de saúde suplementar e análise dos dados das operadoras selecionadas. In: ANS. *Duas faces da moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.
- Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informações de Saúde Suplementar*. Março/2009. 2ª Ed. Rio de Janeiro (RJ); 2009.
- Brasil. Rede Interagencial de Informação em Saúde. *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2008.
- Pincus T, Callahan LF. Associations of low formal education level and poor health status: behavioral, in addition to demographic and medical, explanations? *J Clin Epidemiol* 1994; 47(4): 355-61.
- Bahia L, Costa AJ, Fernandes C, Luiz RR, Cavalcanti ML. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 671-86.
- Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JO, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. he Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1): 177-86.
- Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13(4): 201-8.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Tabnet*. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def (Acessado em 11 de março de 2013).
- Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(1): 85-98.
- Brasil. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
- Hayward RA, Shapiro MF, Freeman HE, Corey CR. Inequalities in health services among insured Americans. Do working-age adults have less access to medical care than the elderly? *N Engl J Med* 1988; 318: 1507-12.

26. Hagdrup NA, Simoes EJ, Brownson, RC. Health care coverage: traditional and preventive measures and associations with chronic disease risk factors. *J Community Health* 1997; 22(5): 387-99.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Cancer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero [Internet]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio (Acessado em 4 setembro de 2013).
28. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Cancer. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama [Internet]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama (Acessado em 4 setembro de 2013).
29. Santos IS, Uga MA, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(5): 1431-40.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 827 de 23 de julho de 2013. Inclui incremento de 44,88% no valor do componente SA do procedimento Mamografia bilateral para rastreamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2013 Jul 24; Seção 1:38.
31. Brasil. Portaria n. 1.504 de 23 de julho de 2013. Institui a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial da União*. 2013 Jul 24; Seção 1:31.
32. Malta DC, Silva JB Jr. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saúde* 2013; 22(1): 151-64.
33. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5): 637-42.
34. Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. *Prev Med* 1997; 26(5 Pt 1): 678-85.
35. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42(6): 1206-52.
36. Ferreira SR, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saude Publica* 2009; 43(2): 98-106.
37. Florindo AA, Hallal PC, Moura EC, Malta DC. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2): 65-73.
38. Malta DC, Moura EC, Castro AM, Cruz DK, Morais Neto OL, Monteiro CA. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. *Epidemiol Serv Saúde* 2009; 18(1): 7-16.
39. Knuth AG, Malta DC, Dumith SC, Pereira CA, Morais Neto OL, Temporão JG, et al. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3697-705.
40. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson H, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health* 2007; 17(2): 125-33.
41. Dachs JN, Santos AP. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 887-94.

Recebido em: 09/11/2013

Versão final apresentada em: 17/02/2014

Aprovado em: 17/02/2014