

Comportamentos em saúde e exames preventivos entre adultos filiados ou não a planos de saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2003-2010

Health behaviors and preventive tests in adults with and without health insurance in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, 2003-2010

Comportamientos en salud y exámenes preventivos entre adultos afiliados o no a planes de salud en la región metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2003-2010

Estevão Alves Valle ¹
Juliana Vaz de Melo Mambrini ¹
James Macinko ²
Maria Fernanda Lima-Costa ¹

doi: 10.1590/0102-311X00130815

Resumo

Foram examinados indicadores de comportamentos em saúde e uso de serviços preventivos em duas amostras probabilísticas de adultos, uma em 2003 ($n = 13.757$) e outra em 2010 ($n = 12.983$), cobertas ou não por planos privados de saúde, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Após ajustamentos por fatores demográficos, variação temporal e fonte de atenção, houve redução da prevalência do tabagismo, semelhante entre aqueles sem e com plano privado de saúde, no período compreendido de 2003 a 2010. No mesmo período, a prevalência do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, assim como do sedentarismo no cotidiano, aumentou nos dois grupos e, com igual magnitude, diminuiu a prevalência de atividades físicas no lazer. Não foram observadas mudanças na prevalência de aferição da pressão arterial, mas a prevalência da realização de dosagem de colesterol, da realização da mamografia e da citologia oncótica do colo uterino aumentou mais acen-tuadamente entre indivíduos não filiados a planos de saúde.

Comportamentos Saudáveis; Serviços Preventivos de Saúde; Planos de Pré-Pagamento em Saúde

Correspondência

E. A. Valle
Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz,
Av. Augusto de Lima 1715, Belo Horizonte, MG 30190-002,
Brasil.
estevaovalle@gmail.com

¹ Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Brasil.

² UCLA Fielding School of Public Health, Los Angeles, U.S.A.



Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano ¹. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que as DCNT são responsáveis por 60% de todas as mortes globais ¹. No ano de 2012, cerca de 38 milhões de pessoas ao redor do mundo, 68% do total, morreram de doenças crônicas, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas ².

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela maioria das mortes por DCNT e por uma fração substancial da carga de doenças devida a estas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo; o consumo excessivo de bebidas alcoólicas; a obesidade; as dislipidemias; a ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras; e a inatividade física ³. Medidas de rastreamento e detecção precoce de DCNT alteram significativamente seu prognóstico. Apesar das sólidas evidências na literatura que apontam para estratégias custo-efetivas de prevenção e abordagem precoce das DCNT, implementá-las é sempre um desafio ⁴.

O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil tem por diretrizes: (i) a vigilância, informação, avaliação e monitoramento; (ii) a promoção da saúde, visando às melhoras nos comportamentos em saúde por meio de ações de cuidado integral aos indivíduos e grupos ^{5,6}. Essas ações são amplamente reconhecidas como parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e do bem-estar da população, tanto para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto para filiados à saúde suplementar ⁷.

Populações com baixo nível socioeconômico são mais vulneráveis às DCNT, principalmente em função da maior prevalência dos fatores de risco antes mencionados ⁸. No Brasil, resultados da *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (VIGITEL) e dos Suplementos Saúde da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) ⁹ são emblemáticos dessa situação, mostrando grandes disparidades, com maiores prevalências de doenças crônicas, seus fatores de risco e menor cobertura de exames de rastreamento entre aqueles com escolaridade mais baixa ¹⁰.

Embora as associações anteriormente mencionadas estejam claramente estabelecidas, são escassos os estudos investigando tendências nos comportamentos em saúde, assim como da cobertura de exames de rastreamento, entre usuários do SUS, em comparação a filiados a planos privados de saúde ^{11,12}. Malta et al. ¹¹ apresentaram dados do VIGITEL de 2011, comparando comportamentos de saúde e utilização de exames preventivos em usuários do SUS e de planos de saúde. De maneira geral, filiados a planos de saúde apresentaram maior prevalência de fatores protetores, como dieta saudável, prática de atividade física, coberturas de exames preventivos e menor prevalência de fatores de risco, como fumar, ser sedentário e avaliar de maneira pior a saúde. Por outro lado, indicadores de uso abusivo de álcool, consumo excessivo de gordura, obesidade e sobrepeso não diferiram entre usuários do SUS e filiados a plano privado. A estratificação por anos de escolaridade não modificou esses achados. Resultados semelhantes foram observados no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, mostrando prevalências significativamente mais altas de hábitos saudáveis e uso de serviços preventivos entre filiados a planos de saúde em comparação aos não filiados, independentemente da escolaridade ¹².

O presente trabalho tem por objetivo examinar as tendências, entre 2003 e 2010, dos comportamentos em saúde e da cobertura de exames de rastreamento entre filiados e não filiados a plano privado de saúde, entre adultos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Métodos

Área de estudo, amostragem e coleta de dados

A Região Metropolitana de Belo Horizonte é composta por 34 municípios, com uma população total de 4,8 milhões de habitantes. O Município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, tem a maior população da Região Metropolitana (2,4 milhões) e ocupa uma área de 331 quilômetros quadrados ¹³.

Em 2003, foi realizado o primeiro *Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte* e, em 2010, o inquérito foi repetido. Os participantes de cada um desses inquéritos 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 da área urbana de 26 municípios que compõem a Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Em cada um dos dois anos a amostra foi baseada em 7.500 domicílios, com cerca de 24.000 moradores¹⁴. Todos os moradores dos domicílios amostrados, com idade igual ou superior a 20 anos, foram elegíveis para entrevista. Dos domicílios amostrados, 5.922 em 2003 (taxa de não-resposta de 21%) e 5.798 em 2010 (taxa de não-resposta de 23%) participaram da pesquisa. Para a presente análise, foram selecionados todos os domicílios participantes.

O trabalho foi delineado por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em Minas Gerais, e a coleta de dados foi realizada por meio de questionário suplementar à *Pesquisa de Emprego e Desemprego da Região Metropolitana de Belo Horizonte* (PED/RMBH)^{14,15}, conduzida pela Fundação João Pinheiro, órgão do governo de Estado de Minas Gerais. As perguntas incluídas no questionário de 2003 foram repetidas em 2010, para permitir análise de tendências. Maiores detalhes podem ser vistos em publicações anteriores^{12,16,17}.

Variáveis do estudo

Os questionários, aplicados em entrevistas face a face, continham perguntas curtas e simples, que contemplavam características sociodemográficas (idade, sexo e escolaridade), comportamentos em saúde e uso de serviços de saúde. A filiação a plano de saúde privado foi definida com base na informação do indivíduo, método empregado na maior parte das pesquisas de base populacional que contemplam o tema.

Entre os de comportamentos em saúde, foram feitas perguntas sobre os seguintes pontos: (a) tabagismo atual (consumo atual de cigarros, entre aqueles que já fumaram pelo menos 100 cigarros durante a vida); (b) consumo excessivo de álcool (inquiriu-se sobre a ingestão de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em um único dia, nos últimos 30 dias, considerando uma dose de álcool uma medida de destilado, uma taça de vinho ou uma lata de cerveja); (c) prática de atividades físicas ou exercícios no lazer (foi perguntado se a pessoa realizava de maneira regular a prática de atividades de qualquer intensidade, por pelo menos 20-30 minutos, ao menos três vezes na semana, nos últimos três meses); (d) sedentarismo nas atividades cotidianas (atribuído àqueles que informaram ficar sentados durante o dia e andar pouco); e (e) ingestão regular de uma ou mais porções de legumes, hortaliças e frutas (foi questionado se a pessoa ingeria qualquer dos três alimentos em três dias ou mais na semana).

Com relação ao uso de serviços preventivos ou de rastreamento foram consideradas as recomendações do Ministério da Saúde¹⁸, com exceção da dosagem de colesterol, para a qual adotou-se a recomendação norte-americana porque é mais abrangente^{19,20}. As definições consideradas no presente trabalho foram: (a) aferição de pressão arterial entre homens e mulheres com 20 ou mais anos de idade nos últimos dois anos; (b) aferição do colesterol entre homens e mulheres com 20 ou mais anos de idade nos últimos cinco anos; (c) realização da mamografia entre mulheres com 50-69 anos de idade nos últimos dois anos; e (d) exame de citologia oncológica uterina (Papanicolau) há três anos ou menos, entre mulheres na faixa etária de 25-59 anos que tinham útero.

Análise dos dados

As análises univariadas dos dados sociodemográficos foram baseadas nos testes de qui-quadrado de Pearson, para proporções, e t de Student, para a média de idade.

Dados sobre comportamentos de saúde e uso de serviços preventivos foram analisados com base em prevalências e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), estimados por meio da regressão de Poisson com variância robusta para eventos comuns²¹. As estimativas de prevalências para os anos de 2003 e 2010 foram ajustadas por idade (variável contínua), sexo e faixas de escolaridade (menos de 4, 4-7 ou 8 anos ou mais de escolaridade). A significância estatística das diferenças entre as prevalências foi examinada por meio do teste de Wald.

Nas análises por fonte de atenção, as prevalências também foram ajustadas por idade (variável contínua), sexo e faixas de escolaridade. As análises multivariadas das mudanças, entre 2003 e 2010, dos comportamentos em saúde e do uso de serviços preventivos entre filiados ou não a planos privados de saúde, foram baseadas em razões de prevalência e intervalos de confiança estimados pela regressão de Poisson, como anteriormente mencionado. Um termo de interação entre a fonte de atenção e o ano foi incluído no modelo, com o objetivo de avaliar se o efeito do tempo (2003 e 2010) para cada comportamento e serviços preventivos variava em função da afiliação ou não a plano de saúde ²².

Foi utilizada em todas as análises a versão 13.0 do pacote estatístico Stata (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos), incorporando-se os pesos individuais e o delineamento complexo da amostra ²³.

Aspectos éticos

Os inquéritos de saúde dos adultos da Região Metropolitana de Belo Horizonte foram aprovados pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz (protocolos números 14/2001 e 10/2009).

Resultados

A presente análise foi baseada em 13.757 participantes do inquérito de 2003 e 12.983 do inquérito de 2010. A proporção de mulheres foi semelhante nos dois inquéritos (53,7% em 2003 e 53,7% em 2010). A média da idade dos participantes do inquérito mais recente foi significativamente mais alta (43,1 anos) em relação ao inquérito anterior (40,5 anos). O nível de escolaridade aumentou em 2010 em relação a 2003, e a afiliação a plano privado de saúde aumentou de 37,4% em 2003 para 42,7% em 2010 (Tabela 1).

Como pode ser visto na Tabela 2, a prevalência de tabagismo diminuiu significativamente no período (de 19,4% para 15,7%) e aumentou o consumo de legumes, frutas e hortaliças três ou mais vezes por semana (de 75,9% para 84%). Por outro lado, observaram-se aumentos na prevalência do consumo excessivo de álcool (de 30% para 37,1%) e do sedentarismo no cotidiano (de 32,8% para 35%). Com referência aos exames preventivos nas faixas etárias e frequências recomendadas, observaram-se aumentos significativos na prevalência da aferição do colesterol (de 84,8% para 92,7%) e, de forma menos intensa, nas prevalências de realização da mamografia (de 51,6% para 53,9%). Não houve variação significativa na realização da citologia oncótica do colo uterino (de 78,5% para 79,1%, respectivamente, em 2003 e 2010). A prevalência da aferição da pressão arterial foi igualmente alta em 2003 (92,4%) e 2010 (91%).

Na Tabela 3, estão apresentadas as prevalências ajustadas por sexo, idade e escolaridade dos comportamentos em saúde em 2003 e 2010, separadas por fonte de atenção à saúde. Diferenças significantes entre 2003 e 2010 foram observadas tanto entre filiados a plano privado de saúde quanto entre não filiados. A prevalência do tabagismo reduziu significativamente entre usuários das duas fontes de atenção (RP = 0,75; IC95%: 0,66-0,85 entre filiados a plano privado e RP = 0,83; IC95%: 0,77-0,90 entre não filiados). O consumo excessivo de álcool aumentou nos dois grupos (RP = 1,24; IC95%: 1,17-1,31 e RP = 1,25; IC95%: 1,17-1,35, respectivamente). A prática regular de atividades físicas no lazer diminuiu tanto entre filiados quanto entre não filiados a plano privado de saúde (RP = 0,65; IC95%: 0,59-0,73 e RP = 0,76; IC95%: 0,68-0,84). Já a prevalência de sedentarismo no cotidiano aumentou nesse último grupo (RP = 1,10; IC95%: 1,03-1,17) e não em filiados a planos de saúde (RP = 1,05; IC95%: 0,99-1,12). Observou-se também aumento do consumo de legumes, hortaliças e frutas mais de 3 dias na semana (RP = 1,14; IC95%: 1,11-1,17 e RP = 1,07; IC95%: 1,04-1,10) nos dois grupos. Resultados da análise de interação entre ano e fonte da atenção mostram que as mudanças anteriormente comentadas ocorreram de forma semelhante (valor de p para interação > 0,05) entre não filiados e filiados a planos privados, com duas exceções: o aumento na prevalência da ingestão de legumes, frutas e hortaliças foi mais expressivo entre não filiados em relação ao outro grupo (valor de p para interação < 0,001) e a redução da prevalência da prática regular de atividades físicas no lazer mostrou tendência à maior redução entre não filiados em relação a filiados a plano privado (p = 0,05).

Tabela 1

Características sociodemográficas e da afiliação a plano privado de saúde, segundo o ano. Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2003 e 2010.

Características	2003	2010	Valor de p para diferenças entre 2010 e 2003 *
Idade em anos (média)	40,5	43,1	< 0,001
Sexo feminino (%)	53,7	53,7	0,988
Anos de escolaridade completa (%)			< 0,001
Menos de 4	13,8	8,5	
4-7	29,8	23,4	
8 ou mais	56,4	68,1	
Afiliação a plano privado de saúde (%)	37,4	42,7	< 0,001
Entrevistados (n)	13.757	12.983	

* Dados brutos, não ajustados. Para as significâncias estatísticas, foram empregados os testes qui-quadrado, para prevalências e teste t, para média de idade.

Tabela 2

Prevalência de comportamentos em saúde e uso de serviços preventivos nas frequências e faixas etárias recomendadas, segundo o ano. Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2003 e 2010.

Comportamentos e uso de serviços	2003 % (IC95%) *	2010 % (IC95%) *	Valor de p para diferenças entre 2010 e 2003 **
Fumo atual	19,4 (18,6-20,3)	15,7 (14,9-16,5)	< 0,001
Consumo excessivo de álcool nos últimos 30 dias	30,0 (28,9-31,1)	37,1 (36,0-38,2)	< 0,001
Prática de atividade física regular no lazer 3 ou mais vezes por semana, por 20-30 minutos, nos últimos 90 dias	18,6 (17,7-19,5)	13,0 (12,3-13,8)	< 0,001
Sedentário nas atividades cotidianas	32,8 (31,7-33,8)	35,0 (34,0-36,1)	< 0,001
Ingestão de legumes, hortaliças e frutas mais de 3 dias na semana	75,9 (74,7-77,0)	84,0 (83,2-84,9)	< 0,001
Aferição da pressão arterial nos últimos 2 anos entre homens e mulheres com 20 anos ou mais	92,4 (91,9-93,0)	91,0 (90,4-91,6)	0,001
Aferição do colesterol nos últimos 5 anos entre homens e mulheres com 20 anos ou mais	84,8 (84,0-85,6)	92,7 (92,2-93,4)	< 0,001
Realização de mamografia nos últimos 2 anos entre mulheres com 50-69 anos de idade	51,6 (50,2-52,9)	53,9 (52,6-55,2)	0,016
Realização de citologia oncótica do colo uterino nos últimos 3 anos entre mulheres com 25-59 anos que possuem útero	78,5 (77,3-79,7)	79,1 (78,0-80,3)	0,432

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Prevalências estimadas por meio da regressão de Poisson robusta ajustadas por idade, sexo e escolaridade, considerando-se os parâmetros amostrais;

** Para significância, foi empregado o teste estatístico de Wald.

Na Tabela 4, estão apresentadas as prevalências e as razões de prevalência ajustadas por idade, sexo e escolaridade, em 2003 e 2010, do uso de serviços preventivos nas frequências e idades recomendadas, segundo a fonte de atenção. A prevalência da aferição da pressão arterial nos dois anos precedentes diminuiu discretamente entre 2003 e 2010, entre não filiados (RP = 0,98; IC95%: 0,96-0,99), mas não entre filiados a plano privado de saúde (RP = 0,99; IC95%: 0,99-1,00). A prevalência da aferição do colesterol nos cinco anos anteriores aumentou tanto dentre os não filiados (RP = 1,14; IC95%: 1,12-1,16) quanto entre filiados a plano privado de saúde (RP = 1,06; IC95%: 1,05-1,08). A realização

Tabela 3

Prevalências de comportamentos em saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde, segundo ano. Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2003 e 2010.

Comportamentos em saúde	Filiação a plano privado de saúde						Valor de p para interação ano e fonte de atenção **
	2003 % (IC95%) *	Não 2010 % (IC95%) *	RP (IC95%) *	2003 % (IC95%) *	Sim 2010 % (IC95%) *	RP (IC95%) *	
Fumo atual	21,1 (20,0-22,2)	17,7 (16,6-18,8)	0,83 (0,77-0,90)	15,7 (14,4-17,0)	11,5 (10,4-12,7)	0,75 (0,66-0,85)	0,162
Consumo excessivo de álcool nos últimos 30 dias	28,3 (27,1-29,6)	35,7 (34,2-37,1)	1,24 (1,17-1,31)	30,6 (28,8-32,3)	37,6 (35,8-39,4)	1,25 (1,17-1,35)	0,808
Prática de atividade física regular no lazer 3 ou mais vezes por semana, por 20-30 minutos, nos últimos 90 dias	15,4 (14,3-16,4)	10,0 (9,3-10,9)	0,65 (0,59-0,73)	22,1 (20,1-23,6)	16,6 (15,3-17,9)	0,76 (0,68-0,84)	0,050
Sedentário nas atividades cotidianas	30,3 (29,0-31,7)	32,8 (31,4-34,1)	1,10 (1,03-1,17)	36,9 (35,3-38,6)	39,2 (37,4-41,0)	1,05 (0,99-1,12)	0,296
Ingestão de legumes, hortaliças e frutas mais de 3 dias na semana	72,7 (71,1-74,1)	83,0 (81,9-84,2)	1,14 (1,11-1,17)	81,1 (79,4-82,8)	86,8 (85,4-88,2)	1,07 (1,04-1,10)	< 0,001

IC95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência.

* Prevalências, RPs e IC95% estimados por meio da regressão de Poisson robusta e ajustados por idade, sexo e escolaridade, considerando-se os parâmetros amostrais;

** Para significância, foi empregado o teste estatístico de Wald.

de uma ou mais mamografias nos dois anos precedentes aumentou entre não filiados (RP = 1,12; IC95%: 1,06-1,18), mas não entre filiados a plano privado (RP = 0,99; IC95%: 0,95-1,04). A citologia oncológica do colo uterino mostrou um aumento discreto e no limite da significância estatística entre não filiados a planos de saúde (RP = 1,04; IC95%: 1,00-1,07), mas não diferiu entre filiados (RP = 0,98; IC95%: 0,96-1,01). Resultados da análise de interação entre ano e fonte de atenção mostram que os aumentos nas prevalências da realização de dosagem de colesterol ($p < 0,001$), da mamografia ($p = 0,001$) e da citologia oncológica do colo uterino ($p < 0,05$) foram significativamente mais altos entre não filiados a planos de saúde, em comparação ao outro grupo. Por outro lado, as discretas mudanças na prevalência da aferição da pressão arterial entre 2003 e 2010 não diferiram significativamente entre os dois grupos de fonte de atenção ($p = 0,067$).

Discussão

Os principais resultados deste trabalho, baseado em dois inquéritos de saúde conduzidos em amostra representativa de adultos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, foram: primeiro, a prevalência do tabagismo diminuiu de forma semelhante entre não filiados e filiados a plano privado de saúde, no período compreendido entre 2003 e 2010; segundo, no mesmo período, a prevalência do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, assim como do sedentarismo no cotidiano, aumentou nos dois grupos e, com igual magnitude, diminuiu a prevalência de exercícios físicos no lazer; terceiro, não

Tabela 4

Prevalências de uso de serviços preventivos de saúde entre filiados ou não a plano privado de saúde, segundo ano. Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2003 e 2010.

Uso de serviços preventivos de saúde	Filiação a plano privado de saúde						Valor de p para interação ano e fonte de atenção **
	2003 % (IC95%) *	Não 2010 % (IC95%) *	RP (IC95%) *	2003 % (IC95%) *	Sim 2010 % (IC95%) *	RP (IC95%) *	
Aferição da pressão arterial nos últimos 2 anos entre homens e mulheres com 20 anos ou mais	90,6 (89,7-91,5)	88,2 (87,1-89,1)	0,98 (0,96-0,99)	95,8 (95,2-96,5)	95,6 (94,9-96,4)	0,99 (0,99-1,00)	0,067
Aferição do colesterol nos últimos 5 anos entre homens e mulheres com 20 anos ou mais	81,0 (79,9-82,1)	91,6 (90,8-92,4)	1,14 (1,12-1,16)	89,7 (88,4-91,0)	96,0 (94,8-96,4)	1,06 (1,05-1,08)	< 0,001
Realização de mamografia nos últimos 2 anos entre mulheres com 50-69 anos de idade	45,5 (43,6-47,5)	50,5 (48,7-52,4)	1,12 (1,06-1,18)	57,9 (55,9-60,0)	57,8 (55,6-59,9)	0,99 (0,95-1,04)	0,001
Realização de citologia oncótica do colo uterino nos últimos 3 anos entre mulheres com 25-59 anos que possuem útero	73,7 (71,9-75,5)	76,0 (74,4-77,6)	1,04 (1,00-1,07)	84,0 (82,3-85,7)	82,6 (80,8-84,4)	0,98 (0,96-1,01)	0,016

IC95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência.

* Prevalências, RPs e IC95% estimados por meio da regressão de Poisson robusta e ajustados por idade, sexo e escolaridade, considerando-se os parâmetros amostrais;

** Para significância, foi empregado o teste estatístico de Wald.

foram observadas mudanças na prevalência de aferições de pressão arterial, mas a prevalência da realização de dosagem de colesterol, da realização da mamografia e da citologia oncótica do colo uterino aumentou mais acentuadamente entre não filiados a plano de saúde. As tendências antes comentadas foram independentes da idade, do sexo e do nível de escolaridade.

Um estudo recente, baseado nos resultados do VIGITEL de 2008 a 2013, também avaliou tendências na variação de comportamentos saudáveis e exames de rastreamento, estratificadas segundo afiliação ou não a planos de saúde ²⁴. Os resultados de inquéritos telefônicos apontam: em concordância com o estudo atual, redução significativa na prevalência de tabagismo, em ambos os grupos, e aumento da realização de mamografia, sobretudo naqueles sem cobertura do plano. Diferentemente do presente estudo, que mostra redução de exercícios físicos e aumento de sedentarismo, aqueles evidenciaram aumento da atividade física no tempo livre. Nesse estudo realizado em capitais brasileiras e no Distrito Federal, também não foi encontrada tendência de aumento do uso abusivo de álcool em nenhum dos grupos.

A redução nas prevalências de tabagismo observada é consonante com os resultados de inquéritos nacionais, tanto telefônico ²⁴ quanto de base populacional ²⁵, realizados no Brasil e também observado em alguns países em desenvolvimento ²⁶. A redução da prevalência do uso do tabaco no país

está relacionada a inúmeros fatores, mas merecem destaque as ações regulatórias, como a limitação da publicidade, a proibição de fumo em ambientes fechados e a taxação dos cigarros^{6,27}. O hábito de fumar apresenta forte associação com a situação socioeconômica, com prevalências mais altas entre aqueles com renda e/ou escolaridade mais baixa²⁸. Na presente pesquisa, observou-se que apesar da diminuição do hábito em 2010, em comparação a 2003, a prevalência do tabagismo permaneceu mais alta entre não filiados a planos de saúde, mesmo após ajustamentos por sexo, idade e nível de escolaridade. São necessárias investigações mais profundas para identificar os determinantes da maior persistência do hábito de fumar entre os últimos.

Inúmeras são as consequências sociais e à saúde relacionadas ao uso abusivo do álcool^{29,30,31}. O aumento do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, observado na presente análise, difere dos resultados com base em inquéritos telefônicos realizados em diferentes capitais brasileiras³². Nos Estados Unidos, um estudo aponta para a redução do uso abusivo de álcool nas coortes mais jovens, tendência não observada nas populações de ascendência latina³³. Maiores esforços no sentido de reduzir esse comportamento podem trazer grandes benefícios do ponto de vista da saúde pública³⁴.

Há inúmeras evidências de que a atividade física regular tem papel importante na saúde cardiovascular, na prevenção de cânceres e no aumento da expectativa de vida³⁵. Estudos da OMS apontam o Brasil como um país com altos índices de inatividade física, o que contrasta com o seu clima altamente favorável³⁶. Ações públicas foram recentemente implementadas no nosso meio, voltadas ao estímulo às práticas de atividade física, na tentativa de reverter essa tendência³⁷. Na presente análise, observou-se redução na prática de atividades físicas no lazer e aumento na prevalência do sedentarismo no cotidiano entre adultos. Essa redução foi um pouco mais acentuada entre não filiados em comparação a filiados a plano de saúde. É possível que o maior poder aquisitivo de usuários de planos de saúde favoreça a atividade física no lazer, seja por residir em áreas mais adequadas para a prática³⁸, ou mesmo pelo maior acesso a academias particulares³⁹. É também mais um resultado discrepante com os encontrados em análises do VIGITEL²⁴.

A promoção do consumo de legumes, hortaliças e frutas é uma das principais estratégias para a prevenção de doenças crônicas^{3,40}. Os níveis atuais de consumo de legumes, hortaliças e frutas pelos brasileiros estão muito aquém do recomendado pela OMS⁴¹, mesmo em faixas de maior renda. Portanto, qualquer aumento nesse consumo deve ser considerado relevante^{40,42}. Inquéritos do IBGE que avaliaram a participação relativa de grupos de alimentos no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar, nos períodos 2002-2003 e 2008-2009, apontam um aumento relativo na disponibilidade domiciliar de frutas, mas não de verduras e legumes⁴³. Inquéritos telefônicos têm mostrado um aumento no consumo desses alimentos²⁴. O não atendimento à recomendação mínima de consumo de legumes, hortaliças e frutas é também observado em países de alta renda, como Estados Unidos⁴⁴, Canadá⁴⁵ e em alguns países da Europa⁴⁶. Dentre adultos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte observou-se, entre 2003 e 2010, um aumento na prevalência de consumo desses alimentos mais de três vezes na semana, cabendo salientar que esse aumento foi mais expressivo entre não filiados do que entre filiados a plano privado de saúde. Ainda assim, ressalta-se que, no ano final, a prevalência de consumo desses alimentos permaneceu mais baixa entre os primeiros em comparação aos últimos.

Um dos indicadores da qualidade da atenção primária é a cobertura dos exames de rastreamento. Existem grupos de trabalho internacionalmente respeitados que produzem recomendações baseadas nas evidências científicas disponíveis estabelecendo quais exames devem ser realizados, sua periodicidade e faixas etárias alvo. O Ministério da Saúde tem diretrizes sobre o tema¹⁸, em muitos aspectos, baseadas nas recomendações da U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)²⁰ dos Estados Unidos, nas quais se estabelecem metas para a cobertura populacional dos exames de rastreamento¹⁹. Para 2020, as metas a serem alcançadas são: aferição da pressão arterial a cada dois anos em 92,6% da população com idade igual ou superior a 18 anos; dosagem do colesterol a intervalo de pelo menos cinco anos em 82,1% da população com idade igual ou superior a 18 anos; realização da mamografia a intervalo de pelo menos dois anos em 81,1% das mulheres entre 50 e 74 anos; realização do Papanicolaou a intervalo de pelo menos três anos em 93% das mulheres com 21 a 65 anos¹⁹. O Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil⁶ também prevê um aumento progressivo na realização desses exames de rastreamento do câncer, sem, no entanto, estabelecer valores de cobertura populacional a serem atingidos.

As coberturas de exames de pressão arterial e aferição do colesterol estavam próximas (ou mesmo haviam superado) às metas anteriormente mencionadas ¹⁹, tanto em não filiados quanto em filiados a planos de saúde. Uma vez que já se atingiu altos níveis de cobertura da aferição da pressão arterial e do colesterol, o desafio passa a ser o desenvolvimento de novos marcadores de controle e acompanhamento do tratamento ^{47,48,49}.

Com relação aos exames de rastreamento do câncer, o incremento na cobertura foi significativamente maior em não filiados a planos de saúde. Dados da PNAD e de inquéritos populacionais também evidenciam um aumento na realização de mamografias ⁵⁰ e citologia oncótica de colo uterino no Brasil ⁵¹. É possível inferir que melhorias no acesso aos exames de rastreamento e um “efeito teto” para os filiados a planos de saúde, cujas coberturas já eram altas no ano inicial, justifiquem os efeitos encontrados. O câncer de mama é o tipo que mais acomete as mulheres no Brasil ⁵², e o do colo uterino o terceiro, excluindo-se os cânceres de pele não melanoma ⁵³. Vale ressaltar que, em conjunto com o incremento na cobertura de exames de rastreamento, são fundamentais as ações para a melhoria do acesso ao diagnóstico e ao tratamento oportuno dos cânceres de mama e de colo uterino, de forma a reduzir consistentemente a morbimortalidade em decorrência destas doenças ^{6,54}.

O presente trabalho tem vantagens e limitações. As principais vantagens são a grande base populacional investigada, a sua representatividade, a variedade de indicadores utilizados como variáveis dependentes, a comparabilidade dos dois inquéritos, conduzidos com intervalo de sete anos, assim como a inclusão na análise multivariada da interação de fontes de atenção com o período estudado.

As principais limitações são o uso das informações padronizadas nos inquéritos, nem sempre alinhadas com definições mais recentemente adotadas pelo VIGITEL, como o consumo regular de frutas e hortaliças, e com a possível subestimativa do uso excessivo de álcool por mulheres. Como as definições utilizadas nos dois grupos foram as mesmas, a comparabilidade dos comportamentos em saúde nos dois grupos não foi comprometida, garantindo a validade interna do estudo.

Uma vez que a avaliação das fontes de atenção à saúde que impactam o comportamento e o uso de serviços preventivos é central ao presente trabalho, e a situação socioeconômica é por si só determinante para a adesão a planos privados, optou-se por não incluir indicadores de renda nas análises. Entretanto, não é possível descartar que esse fator tenha afetado os resultados encontrados. Também é possível que variáveis com influência em comportamentos e atitudes saudáveis, como aspectos profissionais, suporte social e preferências pessoais ⁵⁵, não tenham sido contempladas no presente trabalho. De todo modo, dada a magnitude das variações observadas entre as fontes de atenção, torna-se pouco provável que sejam devidas a vieses.

Os resultados aqui verificados mostram variações significativas de comportamentos de saúde e de utilização de exames preventivos, de 2003 para 2010. Há que se considerar que esses são fortemente afetados tanto pelas desigualdades socioeconômicas quanto pelas diferenças na organização da atenção à saúde. Há evidências de que, no Brasil ⁵⁶ e nos Estados Unidos ⁵⁷, a população filiada a planos de saúde tipicamente tem maior escolaridade e maior renda, que se associa à maior acesso a bens e serviços. A rede assistencial é, em geral, mais ampla e equipada em comparação à disponível em serviços públicos ^{58,59}. Parte das diferenças verificadas entre os grupos estudados se deve a esses fatores.

O Brasil passou por marcantes transformações sociais na primeira década dos anos 2000, e há evidências de que possam ter proporcionado maior equidade na utilização de serviços de saúde ⁶⁰. Em situações em que há forte atuação das políticas públicas, como na implantação do programa nacional de controle de DCNT ⁶¹ e incremento do Programa Saúde da Família ⁶², as mudanças em direção a hábitos de vidas mais saudáveis e na realização de exames preventivos são claramente mais positivas. Esses resultados apontam a importância de diretrizes nacionais, envolvendo atores tanto do SUS quanto da saúde suplementar, para o enfrentamento dessa questão no país.

Colaboradores

E. A. Valle concebeu, analisou os dados e redigiu o artigo. J. V. M. Mambrini participou da concepção do artigo, análise dos dados e revisão crítica do artigo. J. Macinko participou da concepção do artigo, revisão crítica e aprovação do trabalho final. M. F. Lima-Costa participou da concepção do artigo, análise dos dados, redação e revisão crítica e aprovação do trabalho final.

Agradecimentos

O primeiro *Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte* foi financiado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O segundo foi financiado pelo Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. M. F. Lima-Costa é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

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. *Lancet* 2011; 377:1949-61.
- World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data 2015. http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total/en/ (acessado em 15/Jul/2015).
- World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Gaziano T, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 2007; 370:1939-46.
- Malta DC, Morais Neto OL, De Cezário AC, Silva Junior JB, Moura L. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15:47-65.
- Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf (acessado em 15/Jul/2015).
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico – promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. World Health 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf (acessado em 15/Jul/2015).
- Barros MBDA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3755-68.

10. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
11. Malta DC, Bernal RTI. Comparison of risk and protective factors for chronic diseases in the population with and without health insurance in the Brazilian capitals, 2011. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17:241-55.
12. 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; 9:857-64.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico. http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A2E7311D1013003524D7B79E4/IBGE_CENSO2010_sinopse.pdf (acessado em 15/Jul/2015).
14. Fundação João Pinheiro. Pesquisa de emprego e desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH): plano de trabalho – SINE MG. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 1997.
15. Fundação João Pinheiro. Pesquisa de emprego e desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte: boletim anual 2010. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2011.
16. Lima-Costa MF. Influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13:209-15.
17. Castro CMS, Mambrini JVM, Sampaio RF, Macinko J, Lima-Costa MF. Aspectos sociodemográficos e de saúde associados ao trabalho remunerado em adultos (50-69 anos) na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2015; 31: 1775-87.
18. Ministério da Saúde. Caderno de atenção primária: rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
19. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2020 – summary of objectives 2010. <http://www.healthypeople.gov/2020/topics/objectives2020/default.aspx> (acessado em 15/Jul/2015).
20. Agency for Healthcare Research and Quality. The guide to clinical preventive services 2014. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org> (acessado em 15/Jul/2015).
21. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
22. Szklo M, Nieto FJ. *Epidemiology: beyond the basics*. 3rd Ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2014.
23. Long S, Freese J. *Regression models for categorical dependent variables using Stata*. College Station: Stata Press; 2014.
24. Malta DC, Bernal RT, Oliveira M. Trends in risk factors chronic diseases, according of health insurance, Brazil, 2008-2013. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20:1005-16.
25. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ* 2007; 85:527-34.
26. Peer N, Bradshaw D, Laubscher R, Steyn K. Trends in adult tobacco use from two South African demographic and health surveys conducted in 1998 and 2003. *South African Med J* 2009; 99:744-9.
27. Wilson LM, Avila Tang E, Chander G, Hutton HE, Odelola O, Elf JL, et al. Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review. *J Environ Public Health* 2012; 2012:961724.
28. Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S, Lahti E. Socioeconomic status and smoking: analysing inequalities with multiple indicators. *Eur J Public Health* 2005; 15:262-9.
29. National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Leicester: British Psychological Society; 2011.
30. Saitz R. Unhealthy alcohol use. *N Engl J Med* 2005; 352:2139-40.
31. Roswall N, Weiderpass E. Alcohol as a risk factor for cancer: existing evidence in a global perspective. *J Prev Med Public Health* 2015; 48:1-9.
32. Moura EC, Malta DC. Alcoholic beverage consumption among adults: sociodemographic characteristics and trends. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14:61-70.
33. Keyes KM, Miech R. Age, period, and cohort effects in heavy episodic drinking in the US from 1985 to 2009. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132:140-8.
34. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf (acessado em 15/Jul/2015).
35. Lee I-M, Shiroma JE, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Impact of physical inactivity on the World's major non-communicable diseases. *Lancet* 2012; 380:219-29.
36. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012; 380:247-57.
37. Malta DC, da Silva JB. Policies to promote physical activity in Brazil. *Lancet* 2012; 380:195-6.
38. Giles-Corti B. Socioeconomic status differences in recreational physical activity levels and real and perceived access to a supportive physical environment. *Prev Med (Baltim)* 2002; 35:601-11.

39. Powell LM, Slater S, Chaloupka FJ, Harper D. Availability of physical activity-related facilities and neighborhood demographic and socioeconomic characteristics: a national study. *Am J Public Health* 2006; 96:1676-80.
40. Mondini L. Frutas, legumes e verduras (FLV): uma comunicação sobre os níveis de consumo da população adulta urbana brasileira. *Informações Econômicas* 2010; 40:36-41.
41. Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization. Fruit and vegetables for health: report of a joint FAO/WHO workshop, 1-3 September, 2004, Kobe, Japan. http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/fruit_vegetables_report.pdf (acessado em 15/Jul/2015).
42. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
43. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
44. Centers for Disease Control and Prevention. State-specific trends in fruit and vegetable consumption among adults: United States, 2000-2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59:1125-30.
45. Black JL, Billette J. Do Canadians meet Canada's Food Guide's recommendations for fruits and vegetables? *Appl Physiol Nutr Metab* 2013; 24:234-42.
46. European Food Information Council. Fruit and vegetable consumption in Europe – do Europeans get enough? *Eufic Rev* 2012; 1-7. <http://www.eufic.org/article/en/expid/Fruit-vegetable-consumption-Europe/> (acessado em 15/Jul/2015).
47. Piper MA, Evans CV, Burda BU, Margolis KL, O'Connor E, Whitlock EP. Diagnostic and predictive accuracy of blood pressure screening methods with consideration of rescreening intervals: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2015; 162:192-204.
48. Mills KT, Rubinstein A, Irazola V, Chen J, Beratarrechea A, Poggio R, et al. Comprehensive approach for hypertension control in low-income populations: rationale and study design for the hypertension control program in Argentina. *Am J Med Sci* 2014; 348:139-45.
49. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014; 63:2889-934.
50. PROADESS – Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. Cobertura de mamografia. <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=A07&tab=1> (acessado em 15/Jul/2015).
51. PROADESS - Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. Cobertura de Papanicolau. <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=A19&tab=1> (acessado em 15/Jul/2015).
52. Cecilio AP, Takakura ET, Jumes JJ, Santos JW, Herrera AC, Victorino VJ, et al. Breast cancer in Brazil: epidemiology and treatment challenges. *Breast Cancer (Dove Med Press)* 2015; 7:43-9.
53. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de incidência de câncer no Brasil – 2014. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2014.
54. World Health Organization. Cancer control: early detection. Geneva: World Health Organization; 2007.
55. Pampel FC, Krueger PM, Denney JT. Socio-economic disparities in health behaviors. *Annu Rev Sociol* 2011; 36:349-70.
56. Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JOA, Vídgal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:177-86.
57. Kennedy J, Morgan S. Health care access in three nations: Canada, insured America, and uninsured America. *Int J Health Serv* 2006; 36:697-717.
58. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1431-40.
59. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med* 2015; 372:2177-81.
60. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health* 2012; 11:33.
61. Malta DC, Silva Jr. JB. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2014; 23:389-98.
62. 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. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:1370-80.

Abstract

This study analyzed indicators for health behaviors and use of preventive services in two probabilistic samples of adults, one in 2003 (n = 13,757) and the other in 2010 (n = 12,983), with and without private health insurance in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. After adjusting for demographic variables, temporal variation, and source of care, there was a reduction in smoking prevalence, similar between individuals with and without private health insurance, from 2003 to 2010. During this same period the prevalence of excessive alcohol intake and sedentary lifestyle increased in both groups; with the same magnitude, there was a decrease in the prevalence of leisure-time physical activity. No changes were observed in the prevalence of blood pressure measurement, but the prevalence of cholesterol testing, mammogram, and Pap smear increased more sharply in individuals without health insurance.

Health Behavior; Preventive Health Services; Prepaid Health Plans

Resumen

Se examinaron indicadores de comportamientos en salud y uso de servicios preventivos en dos muestras probabilísticas de adultos, una en 2003 (n = 13.757) y otra en 2010 (n = 12.983), cubiertas o no por planes privados de salud, en la región metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Tras ajustes por factores demográficos, variación temporal y fuente de atención, hubo una reducción de la prevalencia del tabaquismo, semejante entre aquellos sin y con el plan privado de salud, durante el período comprendido de 2003 a 2010. En el mismo período, la prevalencia del consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como el sedentarismo en el día a día, aumentó en los dos grupos y, con igual magnitud, disminuyó la prevalencia de actividades físicas en el ocio. No se observaron cambios en la prevalencia de la medición de la presión arterial, pero la prevalencia de la realización de controles de colesterol, realización de mamografías y de la citología oncológica de cuello uterino aumentó más acentuadamente entre individuos no afiliados a planes de salud.

Conductas Saludables; Servicios Preventivos de Salud; Planes de Salud de Prepago

Recebido em 31/Ago/2015

Versão final reapresentada em 23/Fev/2016

Aprovado em 02/Mai/2016