

# FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PELA POPULAÇÃO ADULTA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, SEGUNDO INQUÉRITO TELEFÔNICO

FACTORS ASSOCIATED WITH THE USE OF PRIMARY CARE BY THE ADULT POPULATION OF BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, ACCORDING TO A TELEPHONE SURVEYS

FACTORES ASOCIADOS CON EL USO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, SEGÚN UNA ENCUESTA TELEFÓNICA

-  Rosângela Durso Perillo <sup>1</sup>
-  Kátia Crestine Poças <sup>2</sup>
-  Isis Eloah Machado <sup>1</sup>
-  Regina Tomie Ivata Bernal <sup>1</sup>
-  Elisabeth Carmen Duarte <sup>2</sup>
-  Deborah Carvalho Malta <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem - EE, Programa de Pós-graduação. Belo Horizonte, MG - Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de Brasília - UnB, Faculdade de Medicina. Brasília, DF - Brasil.

<sup>3</sup> UFMG, EE, Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública. Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil.

Autor Correspondente: Rosângela Durso Perillo  
E-mail: rosangeladurso.perillo@gmail.com

## Contribuições dos autores:

**Análise Estatística:** Rosângela D. Perillo, Kátia C. Poças, Isis E. Machado, Regina T. I. Bernal, Elisabeth C. Duarte, Deborah C. Malta; **Coleta de Dados:** Rosângela D. Perillo, Kátia C. Poças, Elisabeth C. Duarte, Deborah C. Malta; **Conceitualização:** Rosângela D. Perillo, Kátia C. Poças, Regina T. I. Bernal, Elisabeth C. Duarte, Deborah C. Malta; **Gerenciamento do Projeto:** Rosângela D. Perillo, Kátia C. Poças, Deborah C. Malta; **Investigação:** Rosângela D. Perillo, Kátia C. Poças; **Metodologia:** Rosângela D. Perillo, Regina T. I. Bernal, Elisabeth C. Duarte, Deborah C. Malta; **Redação - Preparação do Original:** Rosângela D. Perillo; **Redação - Revisão e Edição:** Rosângela D. Perillo, Kátia C. Poças, Isis E. Machado, Regina T. I. Bernal, Elisabeth C. Duarte, Deborah C. Malta.

**Fomento:** Fundo Nacional de Saúde. TED 66 – 2018.

**Submetido em:** 14/09/2019

**Aprovado em:** 30/01/2020

## RESUMO

**Objetivo:** analisar o perfil de utilização dos serviços de atenção primária à saúde (APS) e a associação com as características sociodemográficas, condições de saúde, os fatores de risco comportamentais para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). **Métodos:** análise do módulo sobre a avaliação da APS incluído no inquérito telefônico Vigitel 2015. Foram entrevistados 2.006 adultos. Os critérios de elegibilidade foram adultos  $\geq 18$  anos que utilizaram a APS nos 12 meses anteriores à entrevista. Foram calculadas as razões de prevalência bruta e ajustada por escolaridade e raça/cor. Utilizou-se a regressão de Poisson para verificar a associação da utilização da APS com características sociodemográficas, condições de saúde e fatores de risco. **Resultados:** observou-se que a utilização da APS foi maior entre entrevistados sem plano de saúde (RP=1,76; IC95% 1,55-1,99); com baixa escolaridade, isto é,  $\leq 8$  anos de estudo (RP 1,59; IC95% 1,35-1,87), seguido de nove a 11 anos de estudos (RP 1,37; IC95% 1,16-1,61); e as mulheres (RP 1,34; IC95% 1,19-1,51). Usaram menos APS os entrevistados que referiram uso abusivo de álcool (RP=0,79; IC95% 0,66-0,95) e na faixa etária de 40 a 59 anos (RP 0,93; IC95% 0,88-0,99). **Conclusão:** o inquérito telefônico consiste em ferramenta útil para conhecer a realidade de saúde da população. O estudo atual pela primeira vez analisou módulo-piloto do Vigitel sobre uso de serviços de saúde e identificou que a utilização da APS foi mais frequente na população de baixa escolaridade, sem planos de saúde, mulheres, 40 a 59 anos e em uso abusivo de álcool.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde; Estilo de Vida; Doença Crônica; Inquéritos Epidemiológicos.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the profile of use of primary health care services (PHC) and the association with sociodemographic characteristics, health conditions, behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases (NCDs). **Methods:** analysis of the PHC assessment module included in the Vigitel 2015 telephone survey. Two-thousand and six adults were interviewed. The eligibility criteria were adults  $\geq 18$  years old who used PHC in the 12 months prior to the interview. Raw and adjusted prevalence ratios by education and race/color were calculated. Poisson regression was used to verify the association between the use of PHC with sociodemographic characteristics, health conditions and risk factors. **Results:** it was observed that the use of PHC was higher among respondents without private health insurance (PR = 1.76; 95% CI 1.55-1.99); with low education, that is,  $\leq 8$  years of study (PR 1.59; 95% CI 1.35-1.87), followed by nine to 11 years of study (PR 1.37; 95% CI 1.16-1.61); and women (PR 1.34; 95% CI 1.19-1.51). Respondents who reported alcohol abuse were less likely to use PHC (PR = 0.79; 95% CI 0.66-0.95) and in the 40 to 59 age group (PR 0.93; 95% CI 0.88-0.99). **Conclusion:** the telephone survey is a useful tool

## Como citar este artigo:

Perillo RD, Poças KC, Machado IE, Bernal RTI, Duarte EC, Malta DC. Fatores associados à utilização da atenção primária pela população adulta de Belo Horizonte, Minas Gerais, segundo inquérito telefônico. REME - Rev Min Enferm. 2020[citado em \_\_\_\_\_];24:e-1300. Disponível em: \_\_\_\_\_ DOI: 10.5935/1415-2762.20200030

*to understand the population's health reality. The current study for the first time analyzed the Vigitel pilot module on the use of health services and identified that the use of PHC was more frequent in the population with low education, without private health insurances, women, 40 to 59 years old and in abusive use of alcohol.*

**Keywords:** Primary Health Care; Health Services Research; Health Services; Life Style; Chronic Disease; Health Surveys.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar el perfil de uso de los servicios de atención primaria de salud (APS) y la asociación con características sociodemográficas, condiciones de salud, factores de riesgo conductuales para enfermedades crónicas no transmisibles (ENT). **Métodos:** análisis del módulo de evaluación de APS incluido en la encuesta telefónica Vigitel 2015. Se entrevistó a 2.006 adultos. Los criterios de elegibilidad fueron adultos  $\geq 18$  años que usaron los servicios de APS en los 12 meses previos a la entrevista. Se calcularon las tasas de prevalencia brutas y ajustadas por educación y raza / color de la tez. Se utilizó la regresión de Poisson para verificar la asociación entre el uso de APS con características sociodemográficas, condiciones de salud y factores de riesgo. **Resultados:** se observó que el uso de APS fue mayor entre los encuestados sin obra social (RP = 1.76; IC 95% 1.55-1.99); con bajo nivel de educación, es decir,  $\leq 8$  años de estudio (PR 1.59; IC 95% 1.35-1.87), seguido de nueve a 11 años de estudio (PR 1.37; IC 95% 1.16-1.61); y mujeres (RP 1.34; IC 95% 1.19-1.51). Los encuestados que informaron abuso de alcohol tenían menos probabilidades de usar APS (RP = 0,79; IC del 95%: 0,66-0,95) y en el grupo de edad de 40 a 59 años (RP 0,93; IC del 95%: 0,88-0,99). **Conclusión:** la encuesta telefónica es una herramienta útil para comprender la realidad sanitaria de la población. El estudio actual analizó por primera vez el módulo piloto Vigitel sobre el uso de los servicios de salud e identificó que el uso de APS era más frecuente en la población con bajo nivel de educación, sin obra social, mujeres, de 40 a 59 años y en uso abusivo de alcohol

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Investigación sobre Servicios de Salud; Servicios de Salud; Estilo de Vida; Enfermedad Crónica; Encuestas Epidemiológicas.

## INTRODUÇÃO

A utilização de serviços de saúde compreende qualquer contato direto ou indireto com os profissionais ou serviços disponibilizados ao usuário na rede de atenção à saúde. No Brasil os usuários buscam os serviços mediante as demandas mais diversas, sendo um complexo processo que depende de vários fatores.<sup>1,2</sup>

Geralmente o primeiro contato com o serviço é decorrente de uma demanda individual relacionada à necessidade de saúde do indivíduo, determinada pelas características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, raça/cor, entre outras), potencializada pelos fatores de risco comportamentais para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além do modo de organização da rede de atenção e da oferta de serviços. O retorno ao serviço pode estar relacionado ao estabelecimento de vínculo com os profissionais de

saúde e com o serviço, bem como à satisfação com o atendimento recebido.<sup>1</sup>

Assim, a estruturação e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e dos pontos de atenção dessa rede contribuem de forma positiva para a otimização da utilização dos serviços. A atenção primária à saúde (APS) dentro da RAS exerce papel fundamental na ordenação do cuidado, constituindo-se no primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, sendo o elemento-chave na caracterização de uma RAS eficaz.<sup>3</sup>

Starfield<sup>4</sup> ressalta que a APS desempenha importante papel no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, devendo ser a porta de entrada preferencial da RAS. A APS constitui-se, assim, em elemento-chave na garantia da integralidade, da universalidade e da equidade, reforçando, assim, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>5</sup>

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária na estruturação da APS, sendo a principal porta de entrada do SUS.<sup>6</sup> A implantação da ESF começou em 1994, com grande expansão fomentada pelo Ministério da Saúde, em especial na última década, passando de uma cobertura de 50,9% (2008) a 74,65% (outubro de 2019), com grandes diferenças regionais nessa cobertura.<sup>7</sup>

A expansão da população atendida constitui-se em grande avanço no país, embora ainda seja um grande desafio a qualificação da APS, por meio da garantia dos seus atributos e da ampliação do vínculo com o usuário.<sup>7</sup> Nesse sentido, o monitoramento e avaliação do desempenho da APS podem contribuir para a qualificação do sistema de saúde e a resposta aos problemas dos usuários.

O município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais e sexta cidade mais populosa do Brasil, implantou a ESF em 2003 e desde então fez grandes investimentos na reorganização da rede de atenção e da ESF. Nesta última aumentou a cobertura de 60,38% (julho de 2007) para 80,13% (outubro de 2019) da população do município, sendo a capital com maior cobertura no Sudeste.<sup>7</sup> Por outro lado, segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), a taxa de cobertura de planos de saúde em Belo Horizonte, considerando a cobertura de assistência médica, é de 49,1% (novembro de 2019).

A avaliação do acesso e utilização dos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura nacional e internacional, principalmente em decorrência ao momento econômico preocupante da última década, com significativo impacto no setor saúde. O Ministério da Saúde, juntamente com pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade de Brasília (UnB), propôs a inclusão de um módulo de avaliação da APS em duas capitais brasileiras (Belo Horizonte e Brasília) no questionário do inquérito do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco por inquérito telefônico (Vigitel) no ano de 2015. Isso possibilitou, de forma inédita, analisar a utilização da APS e a associação com as características sociodemográficas, condições

de saúde autorreferida e os fatores de risco comportamentais dos entrevistados, por meio de inquéritos telefônicos. Assim, o objetivo deste estudo é descrever o perfil de utilização dos serviços de APS na população adulta de Belo Horizonte e analisar a sua associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferida e os fatores de risco comportamentais para as DCNTs no município de Belo Horizonte.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal de base populacional. Foram utilizados dados do inquérito telefônico Vigitel 2015, que entrevista anualmente, por meio de questionário estruturado, a população adulta ( $\geq 18$  anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, residente em domicílios com pelo menos uma linha telefônica fixa.<sup>8</sup> Os itens do questionário incluíam a coleta de dados sobre as condições sociodemográficas, condições de saúde autorreferida e os fatores de risco comportamentais para DCNT dos entrevistados.

No referido ano, para duas cidades, Belo Horizonte e Brasília, o Vigitel contou também com um módulo piloto adicional, sobre a avaliação da APS, contendo questões relacionadas à utilização de serviços de saúde e avaliação dos atributos da APS.<sup>9</sup> Assim, quem utilizou a APS nos últimos 12 meses foi então convidado a responder os itens que compõem o módulo avaliação da APS.

No Vigitel 2015 (amostra Vigitel BH 2015) foram sorteadas 5.000 linhas telefônicas fixas, divididas em réplicas de 200 linhas, totalizando 25 réplicas. Cada réplica possui 25% de linhas não elegíveis, isto é, linhas comerciais, linhas que não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados.<sup>8</sup>

Das 5.000 linhas sorteadas tentou-se contato com 3.800 (19 réplicas), das quais 1.695 foram consideradas não elegíveis.<sup>8</sup> Das 2.125 linhas elegíveis para este estudo, 2.006 entrevistados relataram ter procurado algum serviço de saúde quando ficaram doentes ou precisaram de atendimento. Em relação ao uso dos serviços de APS, 914 entrevistados utilizaram nos últimos 12 meses os seus serviços pelo menos uma vez (Figura 1).

O presente estudo analisou dados da amostra Vigitel BH 2015, por meio dos itens sobre uso de serviços de saúde, condições de saúde autorreferida e alguns fatores de risco comportamentais para DCNTs selecionadas, com ênfase na utilização dos serviços da APS.

Os critérios de elegibilidade da população deste estudo foram: adultos com 18 anos ou mais, residentes em domicílios servidos por, pelo menos, uma linha telefônica fixa domiciliar no município de BH e que procuraram algum serviço de saúde quando ficaram doentes ou precisaram de atendimento nos 12 meses anteriores à entrevista.

As entrevistas por telefone foram realizadas por uma empresa especializada, de janeiro a dezembro de 2015. A equipe responsável pelas entrevistas recebeu treinamento prévio e foi supervisionada por pesquisadores da UFMG e da UnB e técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Como o Vigitel entrevista indivíduos que possuem linha telefônica fixa, são necessários procedimentos de pós-estratificação calculados pelo método Rake para expansão da amostra para a população total, visando reduzir viés de seleção. O detalhamento sobre o delineamento amostral da pesquisa Vigitel foi descrito em outra publicação.<sup>10</sup> As variáveis idade, sexo e escolaridade foram utilizadas no cálculo dos pesos de pós-estratificação obtidos pelo método Rake, o qual utilizou a população de referência do Vigitel 2015. Dessa maneira, a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel se iguala à distribuição da população adulta de BH. Para a subamostra Vigitel BH/avaliação APS foram construídos novos pesos de pós-estratificação para análise conjunta dos dados.

A variável desfecho deste estudo foi a utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses (se usou a APS ou não). Dentro dos dados coletados no Vigitel, selecionaram-se algumas variáveis que podem influenciar na procura ou não dos serviços da APS. Assim, as variáveis explicativas foram as características sociodemográficas, os fatores de risco comportamentais para as DCNTs selecionados e as condições de saúde autorreferida descritos a seguir.

As variáveis podem ser descritas em três grupos:

a) Utilização de serviços de saúde: esta variável foi criada a partir de duas questões que foram incluídas no Vigitel em 2015. São elas:

- "Quando está doente ou precisando de atendimento para cuidar da própria saúde, qual serviço de saúde o(a) senhor(a) costuma procurar?" (Se procurou a unidade básica de saúde ou posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família);

- "Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) procurou atendimento em uma unidade básica de saúde (seja um posto de saúde ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) para cuidar da própria saúde? (Sim ou não). Se sim, quantas vezes?"

Para este estudo foi considerado o entrevistado que respondeu ter procurado algum serviço de saúde pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, a partir das perguntas anteriores.

b) Características sociodemográficas (extraídas do questionário do Vigitel):

- Sexo (masculino; feminino);
- faixa etária (em anos: 18-29; 30-39; 40-59; 60 ou mais);
- escolaridade (anos de estudo: 0 a 8; 9 a 11; 12 ou mais);
- cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena);
- situação conjugal (com ou sem companheiro);
- ter plano de saúde (sim ou não).

c) Fatores de risco comportamentais para as DCNTs selecionados e condições de saúde autorreferida (extraídos do questionário do Vigitel):

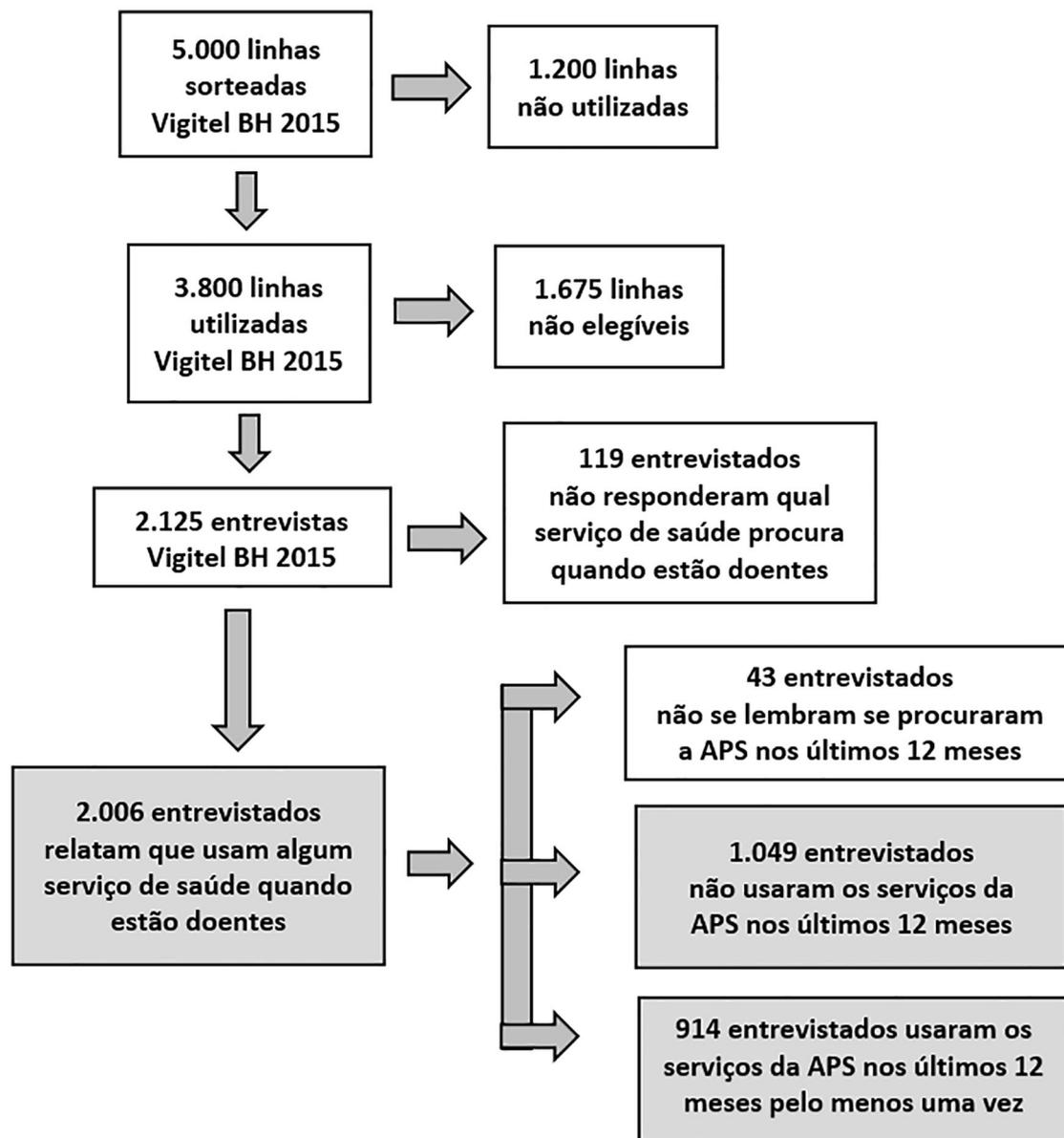


Figura 1 - Fluxo amostral do estudo de utilização dos serviços de APS na perspectiva do usuário. Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015

- Condições de saúde autorreferida: relato de diagnóstico médico prévio de diabetes e hipertensão; obesidade (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, calculados a partir de peso e altura autorreferidos);

- Fatores de risco comportamentais para DCNT selecionados:  
 a) uso de tabaco (sim ou não), isto é, os entrevistados que se declararam fumantes independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar. O indicador utilizado relacionado ao tabagismo foi o mesmo do Vigitel, que considera quem relata fumar independentemente do número de cigarros. Não foram considerados a carga tabágica nem ex-fumantes, apenas os fumantes atuais; e b) uso abusivo de álcool (sim ou não).

Neste último fator de risco foi considerado aquele entrevistado que relatou consumir cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Esses são indicadores disponíveis na base do Vigitel.

Inicialmente, realizou-se a análise descritiva das variáveis por meio das frequências absolutas e relativas. Em um segundo momento, empregou-se o teste de independência  $\chi^2$  para identificar associações, com nível de significância de 5%, sendo todas as variáveis testadas no modelo de forma bivariada. Posteriormente, foram calculadas as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas por escolaridade e cor da pele com intervalos de confiança de

95% utilizando o modelo de regressão de Poisson, com estimador de variância robusta. Todas as análises foram realizadas utilizando o módulo *survey* disponível no *Data Analysis and Statistical Softwares* (STATA) versão 14.0, para que fosse possível incorporar a ponderação dos dados do Vigitel.

A realização do inquérito telefônico do Vigitel foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), Parecer 355.590, de 26/06/2013, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília sob Parecer nº 089/12 CEP/FM/UnB, de 5 de maio de 2013. Por se tratar de entrevistas por telefone, o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados.

## RESULTADOS

Entre os 2.006 entrevistados da amostra Vigitel BH 2015, a frequência do uso de serviços da APS nos últimos 12 meses foi de 45,56% (n=914). Do total, 1.049 entrevistados relataram não ter procurado os serviços da APS (Figura 1).

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos entrevistados, na qual 60,83% (IC95% 56,86-64,66) dos usuários dos serviços da APS são do sexo feminino.

Em relação à faixa etária, os que mais procuram os serviços da APS foram os adultos, na faixa de 40 a 59 anos de idade, isto é, 30,76% (IC95% 27,38-34,37). Vale destacar que a frequência de idosos que procuram os serviços de APS é maior (22,77%; IC95% 20,07-25,71) quando comparado aos que não procuram a APS (16,38%; IC95% 14,28-18,70) (Tabela 1).

Também utilizaram mais os serviços da APS os adultos com baixa escolaridade -  $\leq$  8 anos de estudo (39,84%; IC95% 36,03-43,77) -, além dos que se autodeclararam pardos (49,31%; IC95% 45,33-53,30), que vivem sem companheiro(a) (54,05%; IC95% 50,10-57,94) e os que não possuíam plano de saúde (54,78%; IC95% 50,85-58,66). Ressalta-se que 45,22% (IC95% 41,34-49,15) dos usuários dos serviços da APS relataram ter plano de saúde (Tabela 1).

Considerando os que não utilizaram os serviços da APS nos últimos 12 meses, destacam-se homens (51,87%; IC95% 48,13-55,58), adultos na faixa de 40 a 59 anos de idade (34,84%; IC95% 31,45-38,39), com mais escolaridade -  $\geq$ 12 anos de estudo (36,39%; IC95% 32,94-39,98), - os que se autodeclararam pardos (42,34%; IC95% 38,60-46,16) e brancos (42,29%; IC95% 38,65-46,01), que vivem sem companheiro(a) (51,84%; IC95% 48,06-55,59) e os que possuíam plano de saúde (74,63%; IC95% 71,05-77,90) (Tabela 1).

Ao se avaliar os fatores de risco comportamentais para DCNT selecionados, apurou-se que a prevalência do uso do tabaco nos usuários dos serviços da APS foi de 9,20% (IC95% 7,05-11,91), sendo maior em relação aos que não usaram a APS (8,60%; IC95% 6,69-11,11). Entretanto, a prevalência do uso abusivo de álcool em usuários dos serviços da APS foi menor (15,23%; IC95% 12,46-18,49)

quando comparada à prevalência nos que não usaram a APS (22,73%; IC95% 19,56-26,24) (Tabela 2).

Considerando a condição de saúde autorreferida entre os que usaram os serviços da APS, as prevalências de hipertensão (32,48%; IC95% 29,08-36,07), diabetes (8,98%; IC95% 7,20-11,15) e obesidade (19,00%; IC95% 16,27-22,07) foram maiores quando comparados aos não usuários - 23,19% (IC95% 20,29-26,37), 6,12% (IC95% 4,69-7,95) e 15,44% (IC95% 12,88-18,39), respectivamente (Tabela 2).

As variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, possuir plano de saúde, uso abusivo de álcool, hipertensão e diabetes apresentaram significância estatística ( $p < 0,001$ ) entre os que usaram a APS ou não nos últimos 12 meses (Tabelas 1 e 2).

A Tabela 3 apresenta as razões de prevalência (RP) bruta entre a utilização da APS (desfecho) e as variáveis explicativas (sociodemográficas, fatores de risco comportamentais para as DCNTs e condições de saúde autorreferida). Observa-se associação entre o maior uso dos serviços da APS por pessoas sem plano de saúde (RP 1,86; IC95% 1,67-2,09), com baixa escolaridade -  $\leq$  8 anos de estudo (RP 1,64; IC95% 1,40-1,92) -, seguido dos entrevistados com 9 a 11 anos de estudos (RP 1,41; IC95% 1,20-1,65), mulheres (RP 1,31; IC95% 1,16-1,48), hipertensos (RP 1,26; IC95% 1,13-1,41), diabéticos (RP 1,22; IC95% 1,04-1,44) e de cor parda (RP 1,21; IC95% 1,06-1,37).

Na análise da regressão de Poisson e após o ajuste por escolaridade e cor da pele, observou-se que a utilização dos serviços da APS em Belo Horizonte foi maior entre entrevistados: sem plano de saúde (RP=1,76; IC95% 1,55-1,99), com baixa escolaridade -  $\leq$ 8 anos de estudo (RP 1,59; IC95% 1,35-1,87) -, seguido de 9 a 11 anos de estudos (RP 1,37; IC95% 1,16-1,61), as mulheres (RP 1,34; IC95% 1,19-1,51) e os hipertensos (RP 1,13; IC95% 1,00-1,28). Procura menos os serviços de APS a população na faixa etária de 40 a 59 anos (RP 0,93; IC95% 0,88-0,99) e que relata uso abusivo de álcool (RP 0,79; IC95% 0,66-0,95) (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

O estudo apresenta, pela primeira vez, uma análise das características da utilização dos serviços da APS em Belo Horizonte, utilizando inquérito populacional por meio de telefone. Os resultados revelaram que o uso da APS foi maior entre mulheres, usuários com baixa escolaridade, que se autodeclararam de cor parda, sem companheiro(a), hipertensos e sem plano de saúde. Já os entrevistados que relataram o uso abusivo álcool e estavam na faixa etária de 40 a 59 anos procuraram menos a APS.

Destaca-se o emprego de inquéritos telefônicos para a avaliação da utilização dos serviços de saúde na população como uma importante ferramenta que pode apoiar o planejamento e a gestão dos serviços.<sup>1,11,12</sup>

Autores descrevem que o uso de serviços depende de diversos fatores, como a necessidade dos usuários, a sua percepção da

Tabela 1 - Caracterização da utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde nos últimos 12 meses, por adultos, segundo características sociodemográficas, Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015

Variáveis	Usuários APS <sup>a</sup>			Não usuários APS <sup>b</sup>			Valor de p <sup>d</sup>
	% <sup>c</sup>	IC 95%		% <sup>c</sup>	IC95%		
Sexo							0,000
Masculino	39,17	35,34	43,14	51,87	48,13	55,58	
Feminino	60,83	56,86	64,66	48,13	44,42	51,87	
Faixa etária							0,014
18 a 29 anos	27,66	23,88	31,79	26,40	22,90	30,24	
30 a 39 anos	18,81	15,84	22,19	22,38	19,30	25,80	
40 a 59 anos	30,76	27,38	34,37	34,84	31,45	38,39	
60 anos ou mais	22,77	20,07	25,71	16,38	14,28	18,70	
Escolaridade (anos de estudo)							0,000
12 anos ou mais	21,43	18,40	24,80	36,39	32,94	39,98	
9 a 11	38,73	34,97	42,64	36,57	33,05	40,23	
0 A 8	39,84	36,03	43,77	27,04	23,65	30,72	
Raça/cor							0,068
Branca	34,10	30,47	37,92	42,29	38,65	46,01	
Preta	12,49	9,98	15,52	11,57	9,22	14,41	
Amarela	2,88	1,83	4,50	2,44	1,47	4,03	
Parda	49,31	45,33	53,30	42,34	38,60	46,16	
Indígena	1,22	0,59	2,51	1,36	0,63	2,90	
Situação Conjugal							0,427
Com companheiro(a)	45,95	42,06	49,90	48,16	44,41	51,94	
Sem companheiro(a)	54,05	50,10	57,94	51,84	48,06	55,59	
Plano de saúde							0,000
Sim	45,22	41,34	49,15	74,63	71,05	77,90	
Não	54,78	50,85	58,66	25,37	22,10	28,95	

(a) n= 914 (b) n=1.049 (c) Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta do BH (d) Valor de p do teste do  $\chi^2$  de Pearson (usuários e não usuários da APS).

Nota: Categorização dos entrevistados do Vigitel 2015 que responderam as questões sobre utilização de serviços de saúde (n=1.963)

doença, a oferta disponível de serviços, bem como características sociodemográficas.<sup>1,11,13,14</sup>

Vários estudos revelam que as condições sociais e de desigualdades são determinantes no acesso e na utilização dos serviços de saúde e que as populações de baixa renda e menos escolaridade tendem a consumir menos esses serviços.<sup>13-15</sup> Torna-se fundamental assegurar o princípio da equidade do SUS, visando reduzir essas diferenças. Cabe ao Estado reduzir as desigualdades e facilitar o acesso das populações mais vulneráveis.<sup>13-16</sup>

O Vigitel, por meio do módulo piloto de avaliação da APS em 2015, possibilitou a análise e identificação da população que utilizou a APS, mostrando, assim, como a APS contribui na ampliação do acesso ao SUS para as populações com baixa escolaridade, cor parda e sem acesso a planos de saúde.<sup>15,17</sup> O estudo mostra, ainda, a importância da APS e do SUS na redução das iniquidades, visto que

a ESF amplia o acesso aos cuidados de saúde na população mais vulnerável. Outras pesquisas também referiram que a cobertura da APS é mais elevada na população com essas características, o que indica a importância da ESF na inclusão social e na redução de iniquidades e determinação social da doença.<sup>14</sup>

O estudo também identificou o maior uso da APS pelas mulheres, o que já foi descrito por outros autores.<sup>14,18-20</sup> Fatores como mais percepção das mulheres a respeito de doenças e sintomas e mais demanda por ações de prevenção resultam na maior procura pelos serviços de saúde.<sup>14,18,20</sup>

Outra questão bastante evidente é que usuários com posse de plano de saúde usam menos os serviços de APS, o que corrobora os dados da PNS, que mostraram que as coberturas de ESF são mais elevadas entre populações de baixa escolaridade.<sup>7</sup> Entretanto, o estudo registra que 45,22% dos usuários com posse de plano

Tabela 2 - Caracterização da utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde nos últimos 12 meses, por adultos, segundo fatores de risco comportamentais para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e condições de saúde autorreferida. Vigitel, Belo Horizonte, 2015

Variáveis	Usuários APS <sup>a</sup>			Não usuários APS <sup>b</sup>			Valor de p <sup>d</sup>
	% <sup>c</sup>	IC 95%		% <sup>c</sup>	IC95%		
Uso do tabaco							0,718
Sim	9,20	7,05	11,91	8,60	6,69	11,11	
Não	90,80	88,09	92,95	91,40	89,00	93,31	
Uso abusivo do álcool							0,001
Sim	15,23	12,46	18,49	22,73	19,56	26,24	
Não	84,77	81,51	87,54	77,27	73,76	80,44	
Hipertensão arterial							0,000
Sim	32,48	29,08	36,07	23,19	20,29	26,37	
Não	67,52	63,93	70,92	76,81	73,63	79,71	
Diabetes							0,027
Sim	8,98	7,20	11,15	6,12	4,69	7,95	
Não	91,02	88,85	92,80	93,88	92,05	95,32	
Obesidade							0,081
Sim	19,00	16,27	22,07	15,44	12,88	18,39	
Não	81,00	77,93	83,73	84,56	81,61	87,12	

(a) n= 914 (b) n=1.049 (c) Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta do BH (d) Valor de p do teste do  $\chi^2$  de Pearson (usuários e não usuários da APS).

Nota: Categorização dos entrevistados do Vigitel 2015 que responderam as questões sobre utilização de serviços de saúde (n=1.963)

de saúde também utilizaram os serviços da APS, o que reforça a abrangência desses serviços.

Salienta-se que a busca por consulta médica nos últimos 12 meses é considerada um indicador de acessibilidade aos serviços de saúde, bastante utilizado em estudos que analisam e comparam os diversos sistemas de saúde.<sup>2</sup> Esse indicador pode ser visto também nos trabalhos que analisam os dados da PNAD 2008 e PNS 2013 documentando que pessoas com plano de saúde apresentam frequências mais elevadas de consulta médica, internação nos últimos 12 meses e de uso de serviços nas últimas duas semanas, em comparação ao segmento social que não dispõe de plano de saúde.<sup>21,22</sup> Esses dados reforçam a importância da APS como porta de entrada da população de baixa escolaridade e renda, que tem no SUS a estratégia de redução de iniquidades e de entrada no sistema de saúde.<sup>18</sup> Em contrapartida, Hone *et al.*<sup>23</sup> realçam a tendência ao aumento da mortalidade infantil com o aumento das medidas de austeridade e redução da cobertura da APS.

No que se refere aos fatores de risco comportamentais para as DCNTs analisados, o uso do tabaco não foi associado à maior procura da APS, entretanto, o uso abusivo do álcool associou-se a menos procura pela APS. Esse indicador refere-se ao uso em episódio excessivo, isto é, usar cinco doses ou mais em uma única ocasião, no caso de homens, ou quatro doses no caso de mulheres. Machado *et al.*<sup>24</sup> encontraram em seu estudo com dados da PNS

que esse indicador (uso abusivo do álcool) foi mais frequente entre homens, jovens de alta escolaridade, que não correspondem ao público que frequenta os serviços de APS.

O estudo encontrou maior RP na utilização da APS entre os pacientes que referem diagnóstico de hipertensão arterial, o que está em conformidade com a literatura, que referencia que procuram mais serviços de saúde populações com doenças prévias, em busca de resposta aos seus problemas de saúde.<sup>13,14</sup>

Uma limitação deste estudo é sua natureza transversal, que embora vantajoso em função da rapidez e baixo custo, impossibilita a avaliação da relação temporal entre as variáveis pesquisadas. Outro aspecto a ser considerado é a variável desfecho selecionada, o uso de serviços de saúde no último ano (12 meses), que apesar do curto período deve-se levar em consideração um possível viés de memória. Um último aspecto refere-se a um possível viés de seleção, originado no uso do cadastro de linhas telefônicas fixas que foi minimizado com o uso do método de ponderação e pesos de pós-estratificação, ajustando a composição da amostra às características demográficas da população do município (de acordo com os dados do censo demográfico e projeções intercensitárias).

O estudo inova ao utilizar o inquérito telefônico para avaliação da APS sob a ótica do usuário do serviço<sup>9</sup>, o que permite estabelecer um conjunto de fatores associados à utilização da APS em Belo Horizonte.

Tabela 3 - Fatores associados à procura por serviços de Atenção Primária à Saúde por adultos. Vigitel, Belo Horizonte, 2015

Variáveis	RP <sub>bruta</sub>				RP <sub>ajustada</sub>			
	RP <sup>a</sup>	IC <sup>b</sup> (95%)		valor p <sup>c</sup>	RP <sup>d</sup>	IC <sup>b</sup> (95%)		valor p <sup>c</sup>
Sexo								
Masculino	1,00				1,00			
Feminino	1,31	1,16	1,48	0,000	1,34	1,19	1,51	0,000
Faixa etária								
18 a 29 anos	1,00				1,00			
30 a 39 anos	0,89	0,73	1,07	0,222	0,89	0,73	1,08	0,228
40 a 59 anos	0,97	0,92	1,02	0,265	0,93	0,88	0,99	0,014
60 anos ou mais	1,03	1,00	1,07	0,081	0,99	0,94	1,03	0,579
Escolaridade (anos de estudo) <sup>e</sup>								
12 anos ou mais	1,00				1,00			
9 a 11	1,41	1,20	1,65	0,000	1,37	1,16	1,61	0,000
0 a 8	1,64	1,40	1,92	0,000	1,59	1,35	1,87	0,000
Raça/cor <sup>f</sup>								
Branca	1,00				1,00			
Preta	1,16	0,96	1,41	0,132	1,08	0,88	1,31	0,463
Amarela	1,21	0,86	1,71	0,269	1,17	0,81	1,70	0,491
Parda	1,21	1,06	1,37	0,003	1,14	1,00	1,29	0,046
Indígena	1,05	0,58	1,90	0,865	0,98	0,51	1,87	0,940
Situação Conjugal								
Com companheiro(a)	1,00				1,00			
Sem companheiro(a)	1,06	0,95	1,19	0,315	1,12	1,00	1,25	0,047
Plano de saúde								
Sim	1,00				1,00			
Não	1,86	1,67	2,09	0,000	1,76	1,55	1,99	0,000
Uso do tabaco								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,04	0,85	1,27	0,714	0,97	0,78	1,18	0,742
Uso abusivo do álcool								
Não	1,00				1,00			
Sim	0,76	0,63	0,91	0,003	0,79	0,66	0,95	0,013
Hipertensão arterial								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,26	1,13	1,41	0,000	1,13	1,00	1,28	0,046
Diabetes								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,22	1,04	1,44	0,017	1,10	0,92	1,30	0,289
Obesidade								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,13	0,99	1,30	0,070	1,07	0,93	1,23	0,350

a) RP: Razão de Prevalência bruta. b) IC95%: intervalo de confiança de 95%. c) Valor de p considerado estatisticamente significativo: p<0,05.

d) RP<sub>ajustada</sub> = Razão de Prevalência ajustada por escolaridade e cor da pele.

e) Razão de Prevalência ajustada por cor da pele. f) Razão de Prevalência ajustada por escolaridade.

Nota: Razão de Prevalência bruta, seus respectivos IC95% e a significância estatística (valor de p) foram estimados por o modelo de regressão de Poisson com estimador de variância robusta.

Ainda são grandes os desafios na consolidação da APS no país, em especial na qualidade dos serviços. Destaca-se o importante papel na redução das iniquidades, constituindo-se como a porta de entrada de populações vulneráveis usuárias do SUS. Preocupante, as medidas de redução de investimento na saúde, em especial a Emenda Constitucional 95, que poderá trazer grandes prejuízos na eficiência do sistema, na expansão da APS, na qualidade dos serviços, afetando justamente a população mais pobre. Assim, recomenda-se, ao contrário, o investimento e fortalecimento da APS visando à melhoria da qualidade de vida e à redução de iniquidades em saúde.

## CONCLUSÃO

O estudo enfatiza que utilizam mais os serviços de APS populações vulneráveis, com baixa escolaridade, cor parda, sem planos de saúde, mulheres e com doenças prévias. Mostra ainda a importância da realização dos inquéritos de saúde que possibilitam o conhecimento de informações da população sobre sua condição de saúde, fatores de risco, características sociodemográficas, relacionados ao processo saúde-doença. Os inquéritos em saúde podem permitir o conhecimento da realidade de utilização e do acesso aos serviços de saúde, possibilitando a compreensão das desigualdades sociais relacionadas nesse acesso.

Este estudo apresenta uma nova possibilidade de análise do perfil de utilização dos serviços de saúde, em especial da APS, por meio do inquérito telefônico, que pode ser uma boa estratégia para avaliação dos serviços ofertados com o olhar do usuário, de baixo custo e rapidez.

## REFERÊNCIAS

- Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 183-206.
- Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*. 2018[citado em 2019 ago. 11];42(n. spe1):18-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial da União*. Brasília: MS; 2008[citado em 2019 ago. 30]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html)
- Starfield B. Avaliação Primária: uma visão da população. In: Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. p. 481-532.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 339, de 04 de março de 2013. Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013[citado em 2019 ago. 30]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0339\\_04\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0339_04_03_2013.html)
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012[citado em 2019 ago. 28]. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 [citado em 2019 ago. 28]; 21(2):327-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 160p: il.
- Poças KC, Perillo RD, Bernal RTI, Malta DC, Duarte EC. Primeira escolha para utilização de serviços de saúde pela população adulta do Distrito Federal, 2015: um inquérito de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019[citado em 2019 ago. 29];28(2):e2018124. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v28n2/2237-9622-ress-28-02-e2018124.pdf>
- Bernal RTI, Iser BPM, Malta DC, Claro RM. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017[citado em 2019 ago. 29];26(4):701-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00701.pdf>
- Cesar CLG, Goldbaum M. Usos de serviços de saúde. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Azevedo MB, Goldbaum M. *Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo: ISA-SP*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005. p. 185-98.
- Iser BPM, Malta DC, Duncan BB, Moura L, Vigo A, Schmidt MI. Prevalence, correlates, and description of self-reported diabetes in Brazilian capitals: results from a telephone survey. *PLoS ONE*. 2014[citado em 2019 ago. 29];9(9):e108044. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4177870/pdf/pone.0108044.pdf>
- Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira. *Pesquisa Nacional de Saúde* 2013. *Rev Saúde Pública*. 2017[citado em 2019 ago. 29];51(Suppl 1):3s. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-51s18-87872017051000074.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-51s18-87872017051000074.pdf)
- Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017[citado em 2019 ago. 29];51(Suppl 1):4s. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102017000200306&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102017000200306&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017[citado em 2019 ago. 12];26(2):275-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00275.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990. Brasília: MS; 1990[citado em 2019 ago. 29]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)
- Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet*. 2016[citado em 2019 ago. 29];21(2):327-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004[citado em 2019 ago. 29];20(Supl 2):S190-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>
- Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, Fontanive PVN. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018[citado em

- 2019 ago. 29];27(4):e2017504. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n4/2237-9622-ress-27-04-e2017504.pdf>
20. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Colet*. 2006[citado em 2019 ago. 29];11(4):911-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32329.pdf>
21. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciênc Saúde Colet*. 2016[citado em 2019 ago. 29];21(2):351-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0351.pdf>
22. Nunes BP, Flores TR, Garcia LP, Chiavegatto Filho ADP, Thumé E, Facchini LA. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016[citado em 2019 ago. 12]; 25(4):777-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00777.pdf>
23. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017[citado em 2019 ago. 29];14(5):e1002306. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002306>
24. Machado IE, Monteiro MG, Malta DC, Lana FCF. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2017[citado em 2019 ago. 29];20(3):408-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n3/1980-5497-rbepid-20-03-408.pdf>
-