

Situação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Deborah Carvalho Malta, Regina Tomie Ivata Bernal, Crizian Saar Gomes, Laís Santos de Magalhães Cardoso, Margareth Guimaraes Lima, Marilisa Berti de Azevedo Barros

<https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>

Submetido em: 2021-09-09

Postado em: 2021-09-10 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

<https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>
REV BRAS EPIDEMIOL 2021; 24: E210003.supl.2

ARTIGO ORIGINAL

Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Inequalities in the use of health services by adults and the elderly with and without noncommunicable diseases in Brazil, 2019 National Health Survey

Desigualdades na utilização de serviços de saúde

Deborah Carvalho Malta^{1,2}

dcmalta@uol.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8214-5734>

Regina Tomie Ivata Bernal³

reginabernal@terra.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7917-3857>

Crizian Saar Gomes²

criziansaar@gmail.com

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6586-4561>

Laís Santos de Magalhães Cardoso³

laissmcardoso@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1114-5470>

Margareth Guimaraes Lima⁴

margarethglima@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6996-0745>

Marilisa Berti de Azevedo Barros⁴

marilisa@unicamp.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3974-195X>

¹Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴ Universidade de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva - Campinas (SP), Brasil.

Autora correspondente: Deborah Carvalho Malta. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: dcmalta@uol.com.br.

Agradecimentos: Malta DC agradece ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que financiou a bolsa de produtividade em pesquisa.

Conflitos de interesse: Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses.

Financiamento: Fundo Nacional de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (TED 66/2018).

Contribuições dos autores: Concepção do estudo, redação da primeira versão do manuscrito, revisão de literatura, análise e interpretação dos dados, e revisão crítica do manuscrito: DCM. Concepção do estudo, análise estatística, análise e interpretação dos dados, e revisão crítica do texto: RTIB. Revisão de literatura, análise e interpretação dos

dados, e revisão crítica do manuscrito: CSG, LSMC, MGL, MBAB. Todos os autores aprovaram a versão final e assumem a responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

RESUMO

Objetivo: Investigar a utilização de serviços de saúde e a limitação das atividades habituais autorreferida entre adultos e **idosos** com e sem Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), segundo estratos sócio-demográficos. **Métodos:** Estudo transversal, no qual foram analisados dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. A amostra final correspondeu a 88.531 domicílios com entrevistas realizadas, referentes a indivíduos maiores de 18 anos. As prevalências de uso de serviços pela população com DCNT foram comparadas às da população sem DCNT, e estratificadas por variáveis socioeconômicas e demográficas. Razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% foram calculados. **Resultados:** Em 2019, 47,6% (IC95% 47,0-48,3) da população referiu ter 1 ou mais DCNT. População com DCNT realizou mais consulta médica nos últimos 12 meses (RPaj=1,21; IC95% 1,20-1,23), utilizou mais o serviço de saúde nas duas últimas semanas (RPaj=2,01; IC95% 1,91-2,11), referiu mais internações (RPaj=2,11; IC95% 1,89-2,36), e mais limitação da realização de atividades (RPaj=2,52 vezes; IC95% 2,30-2,76) em comparação com população sem DCNT. Observou-se gradiente dose-resposta positivo entre número de comorbidades e uso de serviços. Em todos os estratos socioeconômicos e demográficos, a prevalência dos indicadores foi mais elevada em pessoas com DCNT. **Conclusões:** A presença de DCNT se associou à maior frequência de uso de serviços de saúde (consulta médica, uso de serviços de saúde e internação) e da restrição das atividades habituais em todos os estratos socioeconômicos e demográficos.

Palavras-chave: Doenças Crônicas não Transmissíveis. Acesso aos Serviços de Saúde. Desigualdades em Saúde. Inquéritos Epidemiológicos. Desigualdades

ABSTRACT

Objective: To investigate the use of health services and limitation in performing usual activities by adults and elderly people with and without Noncommunicable Chronic Diseases (NCDs), according to socio-demographic strata. **Methods:** Cross-sectional study in which data from the 2019 National Health Survey were analyzed. The final sample corresponded to 88,531 households with interviews carried out, referring to individuals aged 18 years and older. The prevalence of use of services by the population with NCD was compared to that of the population without NCD, and stratified by socioeconomic and demographic variables. Prevalence ratios (PR) and 95% confidence intervals were calculated. **Results:** In 2019, 47.6% (95% CI 47.0-48.3) of the population reported having 1 or more NCDs. Population with NCD had more medical consultation in the last 12 months (PR_{adj}=1.21; 95% CI 1.20-1.23), used the health services more in the last two weeks (PR_{adj}=2.01; 95% CI 1.91-2.11), referred more hospitalization (PR_{adj}: 2.11; 95% CI 1.89 - 2.36), and more limitation in performing usual activities (PR: 2.52_{adj}; 95% CI 2.30-2.76), compared to the population without NCD. A positive dose-response gradient was observed between the number of comorbidities and the use of services. In all socioeconomic and demographic strata, the prevalence of indicators was higher in people with NCD. **Conclusions:** The presence of NCD was associated with a higher frequency of use of health services (consultation, use of services and hospitalization) and the restriction of usual activities in all socioeconomic and demographic strata.

Keywords: Non-communicable Chronic Diseases. Health Services Accessibility. Health Status Disparities. Health Surveys. Inequality.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 41 milhões de mortes a cada ano, ou seja, 71% de todas as mortes no mundo, sendo que cerca de 15 milhões são mortes prematuras, entre 30 e 69 anos^{1,2}. As doenças cardiovasculares estão em primeiro lugar (17,9 milhões), seguidas por câncer (9,3 milhões), doenças respiratórias (4,1 milhões) e diabetes (1,5 milhão)². Esses quatro grupos de doenças são responsáveis por mais de 80% de todas as mortes prematuras por DCNT^{2,3}.

As DCNT e seus fatores de risco tendem a ser mais elevados em populações de baixo status socioeconômico, residentes em comunidades pobres ou marginalizadas, são uma causa importante de empobrecimento das famílias e exacerbam as desigualdades econômicas dentro das sociedades⁴.

A redução da morbimortalidade por DCNT requer políticas que reduzam consideravelmente os fatores de risco comportamentais, como uso de tabaco e álcool, os metabólicos, como a hipertensão arterial sistêmica, e que fortaleçam intervenções como o acompanhamento dos casos, o acesso ao diagnóstico, bem como aos cuidados preventivos e curativos eficazes e de alta qualidade para todos os que necessitam^{5,6}. O enfrentamento das DCNT passa, portanto, pela garantia de acesso ao tratamento e outros cuidados, à promoção da saúde e à prevenção, bem como organização da vigilância e monitoramento dessas doenças, além da mitigação dos determinantes sociais por meio da redução da pobreza e da desigualdade social, temas estes integrados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)^{7,2,3}.

Diversos estudos e inquéritos populacionais buscam investigar a utilização dos serviços de saúde visando compreender fatores que se associam à demanda dos usuários por esses serviços^{8,9}. Autores destacam que características sociodemográficas, situação

socioeconômica, recursos disponíveis, oferta de serviços de saúde, tipos de sistemas de saúde, entre outros fatores, interferem na utilização dos serviços de saúde^{10,11}. A percepção das necessidades de saúde ou presença de doenças também aumentam a procura por esses serviços¹⁰. Análise com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 identificou que brasileiros com DCNT utilizaram mais os serviços de saúde do que aqueles sem DCNT, e que esse uso aumentou com o aumento do número das doenças crônicas em um mesmo indivíduo⁷. Desse modo, torna-se importante monitorar as desigualdades na utilização dos serviços de saúde por diferentes segmentos populacionais, visando orientar políticas de saúde que promovam a equidade na oferta desses serviços e que atuem sobre outros determinantes do uso.

Nessa perspectiva, o presente estudo objetivou investigar a utilização de serviços de saúde e a limitação das atividades habituais autorreferida por adultos e **idosos** com e sem DCNT, segundo estratos sócio-demográficos.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal realizado a partir da análise dos dados da PNS 2019, inquérito domiciliar de base populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde.

O questionário da PNS foi dividido em três partes, sendo a primeira referente a informações do domicílio, a segunda informações de todos os moradores e a terceira informações sobre um indivíduo selecionado aleatoriamente. O plano amostral da PNS foi por conglomerados em três estágios de seleção. No primeiro estágio, foram selecionadas as Unidades Primárias de Amostragem (UPA), por Amostragem Aleatória Simples (AAS), constituídas por setores censitários ou conjuntos de setores censitários

(quando esses setores contam poucos domicílios). No segundo estágio, foi selecionado um número fixo de domicílios em cada UPA sorteada, totalizando 108.525 domicílios. Em cada domicílio amostrado foi selecionado, também por AAS, um morador com 15 anos ou mais, compondo o terceiro estágio de seleção¹². A amostra final foi de 94.114 domicílios com entrevista realizada, com uma taxa de resposta de 93,6%. No cálculo do tamanho da amostra foram levados em consideração os valores médios, as variâncias e o efeito de delineamento. As bases de dados foram ponderadas, incluindo fator de correção para as perdas^{12,13}.

As informações sobre acesso e utilização dos serviços de saúde foram obtidas por meio do informante do domicílio (informante *proxy*), que respondeu às perguntas para todos os moradores. Entretanto, no presente estudo foram utilizados apenas as informações referentes aos indivíduos com 18 anos e mais, que responderam ao questionário específico para o morador selecionado. Assim, a amostra final analisada foi de 88.531 entrevistas.

As variáveis J2, J12, J14 e J037, obtidas no módulo J e relacionadas à utilização de serviços de saúde, foram analisadas e referem-se às seguintes questões, nesta ordem:

- a) “Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos, etc) por motivo da própria saúde?”;
- b) “Quantas vezes consultou um médico nos últimos doze meses?”;
- c) “Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?”;
- d) “Nos últimos doze meses, ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?”.

Do módulo Q foram analisadas questões referentes ao diagnóstico de DCNT, visando identificar se o entrevistado tinha diagnóstico prévio de uma ou mais DCNT, considerando-se as respostas positivas para as seguintes doenças: (1) hipertensão arterial; (2) diabetes; (3) doença do coração; Acidente Vascular Cerebral (AVC); (4) asma; (5) artrite ou reumatismo; (6) Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT); (7) câncer; (8) insuficiência renal crônica; (9) problema crônico de coluna; (10) depressão; (11) doença no pulmão (enfisema pulmonar, bronquite crônica ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC). Para a maioria das DCNT as perguntas se referiam ao diagnóstico médico prévio. A dor crônica de coluna foi autodeclarada e, no caso da depressão, considerou-se diagnóstico prévio de médico ou profissional especialista em saúde mental.

Comparou-se a frequência relativa de uso de serviços de saúde pela população que referiu pelo menos uma DCNT com a da população que declarou não ter DCNT, segundo as seguintes variáveis demográficas e socioeconômicas: sexo (masculino e feminino); faixa etária (18 a 59 anos e 60 anos e mais); escolaridade (sem instrução e fundamental incompleto, fundamental completo e médio incompleto, médio completo e superior incompleto, e superior completo); posse de plano de saúde (sim e não); e a renda (até um salário mínimo, maior do que 1 salário mínimo até 3 salários mínimos, e maior do que 3 salários mínimos); região de moradia (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro Oeste).

Foram calculadas as prevalências e Razões de Prevalência brutas (RPb) e ajustadas (RPaj) mediante uso do modelo de Poisson, comparando-se o uso de serviços de saúde entre quem tem DCNT e quem não tem, em cada um dos estratos. As RP foram ajustadas por sexo, idade e escolaridade. Foram também calculadas RPaj de uso

de serviços e incapacidades para número de comorbidades (ter 1,2,3 ou 4 DCNT). Os respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) das RP também foram calculados.

Por se tratar de dados coletados com plano complexo de amostragem, a análise estatística dos dados foi realizada no *software* Stata versão 14.0, por meio do módulo *survey* que leva em consideração o efeito do plano de amostragem e as probabilidades desiguais de seleção.

Os dados da PNS estão disponíveis online para acesso e uso públicos (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>). A Pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (parecer número 3.529.376 para a edição de 2019).

RESULTADOS

Em 2019, 47,6% (IC95% 47,0-48,3) da população adulta e idosa brasileira referiram uma ou mais DCNT, sendo que 26,8% referiram apenas uma doença, 12,5% duas, 5,2% três e 3,2% 4 ou mais.

Os indivíduos que referiram ter ao menos uma doença crônica tiveram maior frequência de consulta médica nos últimos 12 meses (89,59%; IC95% 89,07-90,11 e RPaj= 1,21). Em todos os estratos socioeconômicos e demográficos, observou-se que a presença de DCNT aumenta a prevalência de consultas. Alguns estratos apresentam maior prevalência de consultas médicas, tanto nos indivíduos com ou sem DCNT: mulheres 92,83(92,23;93,42), idosos 93,66(93,14;94,18), indivíduos com maiores escolaridade 92,84(91,76;93,92) e renda 93,40(92,20;94,60), com plano de saúde 95,57(94,93;96,20) e residentes nas regiões Sudeste 91,77(90,89;92,65) e Sul

91,44(90,43;92,46). As RP ajustadas comparando-se em cada estrato pessoas com e sem DCNT revelaram que a presença de DCNT aumenta mais as consultas no último ano entre: homens RPaj 1,31 1,31(1,28;1,33), nos idosos RPaj 1,27(1,24;1,31), nos de menor escolaridade RPaj 1,32(1,29;1,35) e menor renda RPaj 1,27(1,25;1,29) e nos que não tem plano de saúde RPaj 1,26(1,24;1,28), e residentes nas regiões Norte RPaj 1,26(1,23;1,31) e Nordeste RPaj 1,26(1,23;1,29) em relação ao Sudeste. (Tabela 1).

A população com DCNT utilizou mais os serviços de saúde nas duas últimas semanas (30,53%; IC95% 29,74-31,33; RPaj=2,01). O uso de serviço de saúde nas duas últimas semanas, em todos os estratos socioeconômicos, foi mais elevado entre a população com DCNT, entretanto as prevalências de uso foram maiores entre: mulheres 34,45(33,36;35,53), nos idosos 32,92(31,74;34,11), naqueles com escolaridade mais elevada 33,90(31,85;35,95), com elevado rendimento 33,43(31,45;35,41), com plano de saúde 35,87(34,35;37,39) e que vivem na região Sudeste 33,35(31,90;34,80). As RP ajustadas comparando-se quem tem e não tem DCNT mostraram que a presença de doença crônica aumenta mais a ocorrência de consultas nas últimas semanas entre segmentos com menor escolaridade e menor renda e sem plano de saúde. (Tabela 2).

A internação foi cerca de duas vezes maior (RPaj=2,11; IC95% 1,89-2,36) em quem referiu DCNT. Em todos os estratos sociodemográficos observou-se maior prevalência de internação em indivíduos com DCNT. As prevalências de internação entre os que têm DCNT foram mais elevadas entre os idosos 12,10(11,29;12,91), os quem tem plano de saúde 12,06(10,95;13,16), e residentes na região Centro-Oeste 13,56(12,11;15,01). As RP ajustadas comparando-se as internações entre quem tem e não tem DCNT mostraram que a presença de doença crônica aumenta a ocorrência de internação entre homens RPaj 2,74 (2,32;3,22); idosos RPaj 2,82(2,25;3,54);

populações com menor escolaridade RPaj 2,93(2,42;3,55), sem plano de saúde RPaj 2,29(2,01;2,60), moradores da região Norte RPaj 2,51(2,09;3,02). (Tabela 3).

Adultos com DCNT deixaram de realizar atividades por motivo de saúde com mais frequência (13,34%; IC95% 12,80-13,88 e RPaj=2,52; IC95% 2,30-2,76) do que adultos sem DCNT. Em todos os estratos sociodemográficos, a prevalência de deixar de realizar atividades por motivo de saúde foi mais elevada em pessoas com DCNT. Entre os que têm DCNT, a prevalência de não realizar atividades foi mais frequente entre mulheres 15,91(15,08;16,74), idosos 14,02(13,15;14,89), naqueles com piores condições socioeconômicas: sem instrução 15,78(14,92;16,64), baixa renda 15,01(14,25;15,76) e sem plano de saúde 13,89(13,23;14,55), residentes na região Norte 14,25(13,04;15,46), e Nordeste 14,05(13,21;14,89), comparada com Sul. As RP ajustadas, comparando-se as limitações entre quem tem e não tem DCNT, foram mais elevadas nos de baixa escolaridade, e menor renda, que não têm plano de saúde, na região Sul. (Tabela 4).

Ao analisar o uso de serviços de saúde segundo o número de comorbidades (Figura 1A e 1B), observa-se um gradiente dose-resposta positivo. A realização de consultas médicas por quem não tem DCNT foi de 72,54%, e aumentou para 85,78%, 93,08%, 95,90% e 97,69% (RPaj = 1,17; 1,24; 1,26; 1,26) entre quem tem 1, 2, 3 ou 4 e mais DCNT, respectivamente. A prevalência do uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas foi 14,47% em quem não tinha DCNT e aumentou para 25,38%, 32,56%, 40,91%, 48,96%, respectivamente, para quem tem 1,2,3 e 4 e mais DCNT (RPaj = 1,73; 2,13; 2,61 e 3,02). Internação no último ano foi de 4,72% em quem não tem DCNT, aumentou para 7,83%, 10,85%, 16,85% e 24,30% para quem tem 1,2,3 ou 4 e mais DCNT (RPaj=1,66; 2,26; 3,46 e 4,91). Da mesma forma, a limitação por motivos de saúde aumentou com o aumento do número de comorbidades, passando de 4,82% em

quem não tem DCNT para 9,1%,14,4%, 20,1% e 33,7% para quem tem 1,2,3 ou 4 e mais DCNT, respectivamente (RPaj = 1,92; 3,03; 4,20 e 7,06) (Figura 1 A e B).

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que quase metade dos adultos relataram ter uma ou mais DCNT, e o uso de serviços de saúde foi mais intenso por quem tem DCNT. Quem referiu ter DCNT apresentou aumento: de 21% na realização de consultas médicas nos últimos 12 meses; de 100% no uso de serviço de saúde nas últimas duas semanas; de 110% na ocorrência de internação; e de 152% na limitação da realização de atividades habituais.

O número de comorbidades também influenciou no uso dos serviços de saúde, chegando a cerca de 5 vezes mais internações entre quem tem 4 ou mais comorbidades. Além das comorbidades, fatores socioeconômicos e demográficos influenciam o uso desses serviços. Em geral, mulheres e idosos usam mais os serviços de saúde, assim como indivíduos que possuem melhores condições socioeconômicas: possuem plano de saúde, maior escolaridade, maior renda e moram na região Sudeste. Por outro lado, deixar de realizar atividades habituais por motivo de saúde foi mais frequente em quem tem piores condições socioeconômicas (sem plano de saúde, menor escolaridade, e renda menor do que 1 salário mínimo), apontando as desigualdades sociais.

O estudo identificou que quase a metade dos adultos brasileiros referiram pelo menos uma DCNT. As DCNT representam a maior carga de doenças do mundo; a prevalência aumenta com a idade e é maior também entre as populações mais vulneráveis^{4,14,15} tornando-se um desafio maior no sentido de equacionar o acesso aos serviços de saúde.

Estudos têm apontado que indivíduos com DCNT estão entre os usuários dos sistemas de saúde que mais demandam ações, procedimentos, acompanhamentos longitudinais e serviços de saúde, em razão da elevada carga de doenças e também pelo longo período de evolução e acometimento^{7,17}. O presente estudo identificou que a utilização de serviços de saúde nas duas últimas semanas foi cerca de duas vezes mais elevada entre usuários com DCNT, assim como a internação nos últimos 12 meses. Todos os indicadores foram mais elevados em quem tem DCNT (consultas médicas, uso de serviços de saúde, internação, deixar de realizar atividades habituais), o que foi descrito em outro estudo, pela maior incapacidade relacionada às DCNT¹⁷.

A maior procura e, conseqüentemente, a maior utilização de serviços de saúde por quem tem DCNT tem sido mostrado em outros estudos^{18,19}. Autores destacam que o uso de serviços de saúde decorre da percepção sentida quanto à gravidade da doença, sentimentos como dor ou incapacidade, bem como a sensação de que a procura por esses serviços poderá minorar o sofrimento^{8,11}. Além disto, protocolos de acompanhamento das DCNT indicam a necessidade de acompanhamento longitudinal dos próprios serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), ampliando, naturalmente, o uso de serviços de saúde entre estas populações²⁰.

O presente estudo também identificou um grande aumento na utilização de serviços de saúde conforme o aumento da presença de comorbidades. Pessoas com 4 ou mais DCNT tiveram utilização de serviços de saúde aumentada em cerca de 3 vezes, comparadas com quem não tem DCNT. A maior utilização pode ser justificada pela gravidade da doença, multimorbidade e intercorrências^{7,8,21}.

No presente estudo, os idosos com DCNT realizaram mais consultas médicas e internaram mais. Em geral, o uso e acesso desse segmento etário aos serviços e cuidados de saúde são relativamente altos²² Análise dos dados do Estudo Longitudinal

de Saúde do Idoso (ELSI) identificou que 83% dos indivíduos com 50 anos e mais realizaram ao menos uma consulta médica nos últimos 12 meses, dos quais a maior proporção compreendia aqueles com acesso a plano de saúde²². Ademais, idosos com multimorbidade, plano de saúde e residentes em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família são mais hospitalizados²³.

Autores têm descrito maior utilização de serviços de saúde pelas mulheres^{8,11,24}, o que foi achado no estudo atual. Estas características têm sido explicadas pela maior percepção de risco e maior cuidado das mulheres consigo, por procurarem precocemente esses serviços e se submeterem mais a exames, procedimentos, com maior chance de diagnóstico, prevenção e tratamento. O presente estudo também apontou que as mulheres sem DCNT utilizam mais os serviços de saúde (maior prevalência) que os homens.

Entretanto, dados não mostrados neste estudo apontaram que homens com 4 ou mais comorbidades tiveram mais internações no último ano (28,2% *versus* 22,2% nas mulheres), o que pode ser justificado pela maior gravidade do estado de saúde, e também pela menor procura de serviços de saúde e menor realização de acompanhamento longitudinal por indivíduos do sexo masculino. Estudos têm apontado que as taxas de mortalidade por DCNT são mais elevadas entre homens, bem como maior prevalência de fatores de risco como tabaco, hipertensão arterial sistêmica, álcool, obesidade, dentre outros^{17,25}.

Também foram observadas diferenças na utilização dos serviços de saúde em virtude das condições socioeconômicas. Indivíduos que possuem maior escolaridade, maior renda e posse de plano de saúde realizaram mais consultas médicas e acessaram mais os serviços de saúde, comparados com aqueles indivíduos com menor renda. Situação semelhante foi identificada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

(PNAD) 2003 e na PNS 2013^{7,24}. Condições socioeconômicas associam-se a maior acesso aos serviços de saúde, seja por maior disponibilidade de recursos financeiros, mais esclarecimento acerca da importância do acesso a esses serviços, mais disponibilidade e oferta de rede de serviços nos planos de saúde^{7,24}. Ademais, evidências indicam que usuários de plano de saúde têm mais acesso a consultas e procedimentos em saúde^{7,26,27}, bem como acesso a uma rede de serviços mais ampla e com maior financiamento²⁶.

Entretanto, quanto à internação, não houve diferença segundo condições socioeconômicas, o que aponta a importância e à extensão do Sistema Único de Saúde (SUS) em prover atendimento à saúde no país, para mais de 75% da população brasileira. Apenas o fortalecimento do SUS tornará possível reduzir as iniquidades existentes e garantir acesso universal, integralidade e equidade. Destaca-se aqui que o congelamento de recursos em saúde devido à emenda constitucional 95 poderá, a curto prazo, originar retrocesso. Torna-se urgente recuperar e ampliar o financiamento do SUS²⁸.

Pesquisas apontam que a disparidade econômica é um importante fator explicativo das desigualdades no uso de serviços de saúde, indicando que segmentos populacionais de baixa renda, embora apresentem mais necessidades de saúde, utilizam menos os serviços de saúde e recebem menos cuidados em saúde^{4,29,30}. Estudo com população sul-africana discute que esse contexto pode estar relacionado à falta de estrutura social e suporte financeiro, condições que limitam o acesso aos serviços de saúde, seja pela distância ou pela incapacidade de arcar com custos de deslocamento³⁰.

Estudos têm apontado que a carga de doenças por DCNT é mais elevada em países de baixa e média renda, nos quais as taxas mortalidade por DCNT são quase duas vezes mais altas do que em países de alta renda³¹. A dupla carga de doenças

sobrecarrega os sistemas de saúde nesses países³², o que também se agrava pela falta de acesso aos cuidados primários de saúde e aos altos custos³³. O estudo atual aponta que, no Brasil, ao contrário de outros países, o SUS tem mostrado a sua capacidade de atender e responder as demandas de acesso da população com DCNT e com maior vulnerabilidade social, garantindo maior acesso a consultas médicas uso de serviços de saúde e internações, comparando-se com a população sem doenças. Entretanto, ocorreram diferenças entre grupos socioeconômicos.

Destaca-se que a maior desigualdade no estudo atual foi verificada na restrição da realização das atividades habituais em decorrência de problema de saúde, com maior grau de limitação na realização das atividades nas duas semanas anteriores à pesquisa. Em suma, populações de baixa renda apresentaram mais desvantagens e limitações na vida diária.

Entre as limitações do estudo, o delineamento transversal, embora vantajoso em função da rapidez e baixo custo, agrega desvantagens inerentes, como a possibilidade de causalidade reversa. O diagnóstico médico autorreferido está sujeito ao acesso aos serviços de saúde, que pode ser menor em populações mais vulneráveis. Além disso, este estudo utilizou dois diferentes módulos da PNS; o morador sorteado respondeu sobre as DCNT autorreferidas, enquanto o módulo de utilização dos serviços de saúde (módulo J) foi respondido por um dos moradores, não necessariamente o morador sorteado, o que pode levar a subregistro da informação sobre a utilização de serviços de saúde.

A partir dos dados analisados nesse estudo, conclui-se que pessoas com DCNT utilizaram mais os serviços de saúde, assim como as mulheres, pessoas com maior número de comorbidades, com plano de saúde e elevada escolaridade. Investir no SUS é essencial para melhorar os indicadores de DCNT no país, o que inclui o fortalecimento

do sistema de saúde, financiamento, governança, gestão, recursos humanos em saúde, informações de saúde e o acesso a tecnologias e a medicamentos^{4,7}. Conhecer as diferenças no acesso e no uso dos serviços de saúde pode orientar o desenho de políticas públicas de inclusão, que promovam a equidade e a sustentabilidade das ações no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020. Genebra: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Genebra: World Health Organization; 2021 Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388(10053):1659-1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8). Errata em: *Lancet* 2017 Jan 7; 389(10064):e1.
4. Di Cesare M, Khang Y, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet* 2013; 381(9866):585-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61851-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61851-0)
5. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet* 2018; 392(10152):1072-1088. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31992-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31992-5)
6. Nugent R, Bertram MY, Jan S, Niessen LW, Sassi F, Jamison DT, et al. Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2018; 391(10134):2029-2035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30667-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30667-6). Errata em: *Lancet*. 2018 Apr 9.
7. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(Supl 1): 4s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
8. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva* 2002; 7(4):687-707. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>
9. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Rev*

- Saúde Pública 2017; 51(Supl 1): 3s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>
10. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cien Saude Coletiva* 2006; 11(4):911-926. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400014>
 11. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Supl 2): S190-S198. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
 12. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM de, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS de, et al . Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2020; 29(5):e2020315. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>
 13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.
 14. Marmot M, Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. *BMJ* 2019; 364:l251. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l251>
 15. Sousa Andrade DR, Camelo LV, Dos Reis RC, Santos IS, Ribeiro AL, Giatti L, Barreto SM. Life course socioeconomic adversities and 10-year risk of cardiovascular disease: cross-sectional analysis of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health. *Int J Public Health*. 2017 Mar;62(2):283-292. doi: 10.1007/s00038-016-0928-3. Epub 2016 Dec 2. PMID: 27913814.
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.
 17. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1204-1222. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9. Erratum in: *Lancet*. 2020 Nov 14;396(10262):1562. PMID: 33069326; PMCID: PMC7567026.

18. Dalstra JAA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiology* 2005;34(2):316-26. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh386>
19. Cricelli C, Mazzaglia G, Samani F, Marchi M, Sabatini A, Nardi R, et al. Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care databases. *J Public Health Med* 2003; 25(3):254-7. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdg060>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
21. Nunes BP, Chiavegatto Filho ADP, Pati S, Teixeira DSC, Flores TR, Camargo-Figueira FA, et al. Contextual and individual inequalities of multimorbidity in Brazilian adults: a cross-sectional national-based study. *BMJ Open* 2017; 7:e015885. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015885>. Errata em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015885corr2>
22. Macinko J, Andrade FB, Souza-Junior PRB, Lima-Costa MF. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Rev Saude Publica* 2018; 52 Suppl 2:6s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000595>
23. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes MO, Duro SMS, et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Rev Saude Publica* 2017; 51:43. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006646>
24. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, Cesar CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Cienc Saude Coletiva* 2011; 16(9):3755-68. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>
25. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Teixeira R, Ribeiro ALP, Felisbino-Mendes MS, et al. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. *Popul Health Metrics* 2020; 18(Suppl1):16. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00216-1>

26. 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). *Cienc Saude Coletiva* 2004; 9(4):857-64. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400008>
27. Malta DC, Moura EC, Oliveira M, Santos FP. Usuários de planos de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos, por inquérito telefônico, Brasil, 2008. *Cad Saude Publica* 2011; 27(1):57-66. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100006>
28. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019; 394(10195): 345-56. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
29. Xie X, Wu Q, Hao Y, Yin H, Fu W, Ning N, et al. Identifying determinants of socioeconomic inequality in health service utilization among patients with chronic non-communicable diseases in China. *PLoS One* 2014; 9(6):e100231. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100231>
30. Gordon T, Booyesen F, Mbonigaba J. Socio-economic inequalities in the multiple dimensions of access to healthcare: the case of South Africa. *BMC Public Health* 2020; 20 (289). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8368-7>
31. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Genebra: World Health Organization; 2005.
32. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. 2013; 382(9908):1898–955. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)
33. Kankeu HT, Saksena P, Xu K, Evans DB. The financial burden from non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a literature review. *Health Res Policy Syst* 2013; 11(31). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-31>

Recebido em 31/05/2021

Revisado em 24/08/2021

Aprovado em 26/08/2021

Preprint em 09/09/2021

Tabela 1- Prevalências e razões de prevalência (brutas e ajustadas) de consulta médica nos últimos 12 meses entre adultos com e sem DCNT, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, PNS, 2019, Brasil

Variáveis	Com DCNT ^A	Sem DCNT ^B	RPb	RPaj (^{A/B})
	%(IC95%)	%(IC95%)	(^{A/B})	(IC 95%)
Total	89,59(89,07;90,11)	72,54(71,81;73,26)	1,24	1,21(1,20;1,23)
Sexo^a	Masculino	85,31(84,41;86,20)	64,27(63,16;65,38)	1,33 1,31(1,28;1,33)
	Feminino	92,83(92,23;93,42)	80,91(80,00;81,82)	1,15 1,14(1,13;1,16)
Idade^b	18 a 59 anos	87,35(86,61;88,08)	72,46(71,68;73,23)	1,21 1,20(1,19;1,22)
	60 e mais	93,66(93,14;94,18)	73,33(71,46;75,21)	1,28 1,27(1,24;1,31)
Escolaridade^c	SI a FI	89,21(88,49;89,93)	64,50(63,08;65,91)	1,38 1,32(1,29;1,35)
	FC	87,26(85,65;88,87)	67,31(65,40;69,23)	1,30 1,24(1,20;1,29)
	MC a SI	89,59(88,62;90,56)	74,95(73,81;76,08)	1,20 1,17(1,15;1,20)
	SC	92,84(91,76;93,92)	83,60(82,22;84,98)	1,11 1,11(1,08;1,13)
Renda	≤ 1 SM	87,67(86,88;88,47)	67,44(66,41;68,47)	1,30 1,27(1,25;1,29)
	> 1 SM a 3 SM	90,80(90,01;91,58)	76,62(75,52;77,73)	1,19 1,17(1,15;1,19)
	> 3 SM	93,40(92,20;94,60)	84,01(82,24;85,79)	1,11 1,10(1,08;1,13)
Plano	Sim	95,57(94,93;96,20)	87,90(86,90;88,91)	1,09 1,08(1,07;1,10)
	Não	87,19(86,51;87,86)	67,28(66,41;68,16)	1,30 1,26(1,24;1,28)
Região	Norte	83,57(82,22;84,92)	64,17(62,33;66,02)	1,30 1,26(1,23;1,31)
	Nordeste	86,55(85,63;87,46)	66,78(65,61;67,96)	1,30 1,26(1,23;1,29)
	Sudeste	91,77(90,89;92,65)	77,87(76,56;79,18)	1,18 1,16(1,14;1,19)
	Sul	91,44(90,43;92,46)	74,10(72,36;75,84)	1,23 1,22(1,19;1,25)
	Centro-Oeste	88,26(86,57;89,96)	71,06(68,94;73,17)	1,24 1,22(1,19;1,26)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; RPb: Razão de Prevalência bruta; RPaj: Razão de Prevalência ajustada por idade, sexo e escolaridade; ^a RP ajustada por idade e escolaridade; ^b RP ajustada por sexo e escolaridade; ^c RP ajustada por sexo e idade; SM: salário mínimo; SI: sem instrução; FI: Fundamental incompleto; FC: Fundamental completo; MC: Médio Completo; SI: Superior incompleto; SC: Superior completo.

Tabela 2 - Prevalências e razões de prevalência (brutas e ajustadas) do uso de serviço de saúde nas duas últimas semanas entre adultos e idosos com e sem DCNT, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, PNS, 2019, Brasil

Variáveis	Com DCNT ^A	Sem DCNT ^B	RPb	RPaj (^{A/B})
	% (IC 95%)	%(IC 95%)	(^{A/B})	(IC 95%)
Total	30,53(29,74;31,33)	14,47(13,86;15,07)	2,11	2,01(1,91;2,11)
Sexo^a	Masculino	25,35(24,24;26,46)	11,01(10,26;11,77)	2,30 2,14(1,96;2,33)
	Feminino	34,45(33,36;35,53)	17,96(17,01;18,91)	1,92 1,93(1,81;2,05)
Idade^b	18 a 59 anos	29,21(28,20;30,23)	14,25(13,61;14,89)	2,05 2,01(1,90;2,12)
	60 e mais	32,92(31,74;34,11)	16,66(14,93;18,40)	1,98 1,97(1,77;2,20)
Escolaridade^c	SI a FI	30,02(28,94;31,11)	12,52(11,56;13,49)	2,40 2,22(2,02;2,43)
	FC	30,47(28,03;32,92)	12,26(10,95;13,57)	2,48 2,30(1,99;2,65)
	MC a SI	29,59(28,05;31,14)	14,57(13,51;15,63)	2,03 1,92(1,75;2,10)
	SC	33,90(31,85;35,95)	19,20(17,57;20,82)	1,77 1,73(1,55;1,92)
Renda	≤1 SM	29,53(28,42;30,65)	13,08(12,28;13,88)	2,26 2,16(2,01;2,31)
	> 1 SM a 3 SM	30,87(29,58;32,16)	14,66(13,66;15,66)	2,11 1,97(1,82;2,14)
	>3 SM	33,43(31,45;35,41)	20,74(18,69;22,80)	1,61 1,60(1,43;1,79)
Plano	Sim	35,87(34,35;37,39)	20,87(19,41;22,32)	1,72 1,66(1,53;1,80)
	Não	28,38(27,46;29,30)	12,28(11,64;12,92)	2,31 2,16(2,03;2,30)
Região	Norte	23,85(22,32;25,38)	11,55(10,48;12,63)	2,06 1,96(1,75;2,20)
	Nordeste	27,61(26,40;28,81)	12,58(11,73;13,42)	2,19 2,09(1,93;2,27)
	Sudeste	33,35(31,90;34,80)	16,07(14,86;17,29)	2,07 1,97(1,80;2,15)
	Sul	31,22(29,61;32,83)	15,98(14,60;17,36)	1,95 1,85(1,67;2,04)
	Centro-Oeste	27,75(25,71;29,78)	13,14(11,90;14,37)	2,11 2,03(1,79;2,29)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; RPb: Razão de Prevalência bruta; RPaj: Razão de Prevalência ajustada por idade, sexo e escolaridade; ^a RP ajustada por idade e escolaridade; ^b RP ajustada por sexo e escolaridade; ^c RP ajustada por sexo e idade; SM: salário mínimo; SI: sem instrução; FI: Fundamental incompleto; FC: Fundamental completo; MC: Médio Completo; SI: Superior incompleto; SC: Superior completo.

Tabela 3- Prevalências e razões de prevalência (brutas e ajustadas) de internação nos últimos 12 meses entre adultos e idosos com e sem DCNT, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, PNS, 2019, Brasil

Variáveis	Com DCNT ^A	Sem DCNT ^B	RPb	RPaj (^{A/B})
	% (IC 95%)	%(IC 95%)	(^{A/B})	(IC 95%)
Total	10,71(10,01;11,41)	4,72(4,38;5,07)	2,27	2,11(1,89;2,36)
Sexo^a	Masculino	9,82(8,92;10,73)	3,13(2,74;3,52)	3,14 2,74(2,32;3,22)
	Feminino	11,37(10,56;12,19)	6,34(5,80;6,87)	1,80 1,81(1,59;2,04)
Idade^b	18 a 59 anos	9,94(8,95;10,93)	4,76(4,41;5,12)	2,09 2,00(1,77;2,27)
	60 e mais	12,10(11,29;12,91)	4,32(3,38;5,27)	2,80 2,82(2,25;3,54)
Escolaridade^c	SI a FI	11,87(10,76;12,97)	3,88(3,37;4,39)	3,06 2,93(2,42;3,55)
	FC	9,42(7,96;10,89)	5,09(4,16;6,02)	1,85 1,67(1,28;2,18)
	MC a SI	9,78(8,74;10,82)	4,85(4,32;5,39)	2,01 1,88(1,60;2,21)
	SC	10,03(8,74;11,33)	5,34(4,40;6,27)	1,88 1,86(1,51;2,31)
Renda	≤ 1 SM	11,09(10,37;11,82)	4,76(4,31;5,21)	2,33 2,17(1,92;2,45)
	>1 SM até 3 SM	10,53(9,24;11,82)	4,43(3,88;4,98)	2,38 2,24(1,85;2,70)
	> 3 SM	9,76(8,56;10,96)	5,52(4,27;6,76)	1,77 1,59(1,20;2,10)
Plano	Sim	12,06(10,95;13,16)	6,89(6,01;7,78)	1,75 1,70(1,44;2,00)
	Não	10,17(9,41;10,92)	3,98(3,65;4,32)	2,55 2,29(2,01;2,60)
Região	Norte	10,32(9,19;11,44)	3,78(3,19;4,37)	2,73 2,51(2,09;3,02)
	Nordeste	9,74(9,04;10,44)	4,06(3,58;4,55)	2,40 2,09(1,83;2,39)
	Sudeste	10,79(9,38;12,19)	4,96(4,29;5,63)	2,18 2,09(1,69;2,59)
	Sul	10,96(9,88;12,05)	5,17(4,39;5,95)	2,12 1,98(1,63;2,40)
	Centro-Oeste	13,56(12,11;15,01)	6,00(4,99;7,01)	2,26 2,02(1,63;2,49)

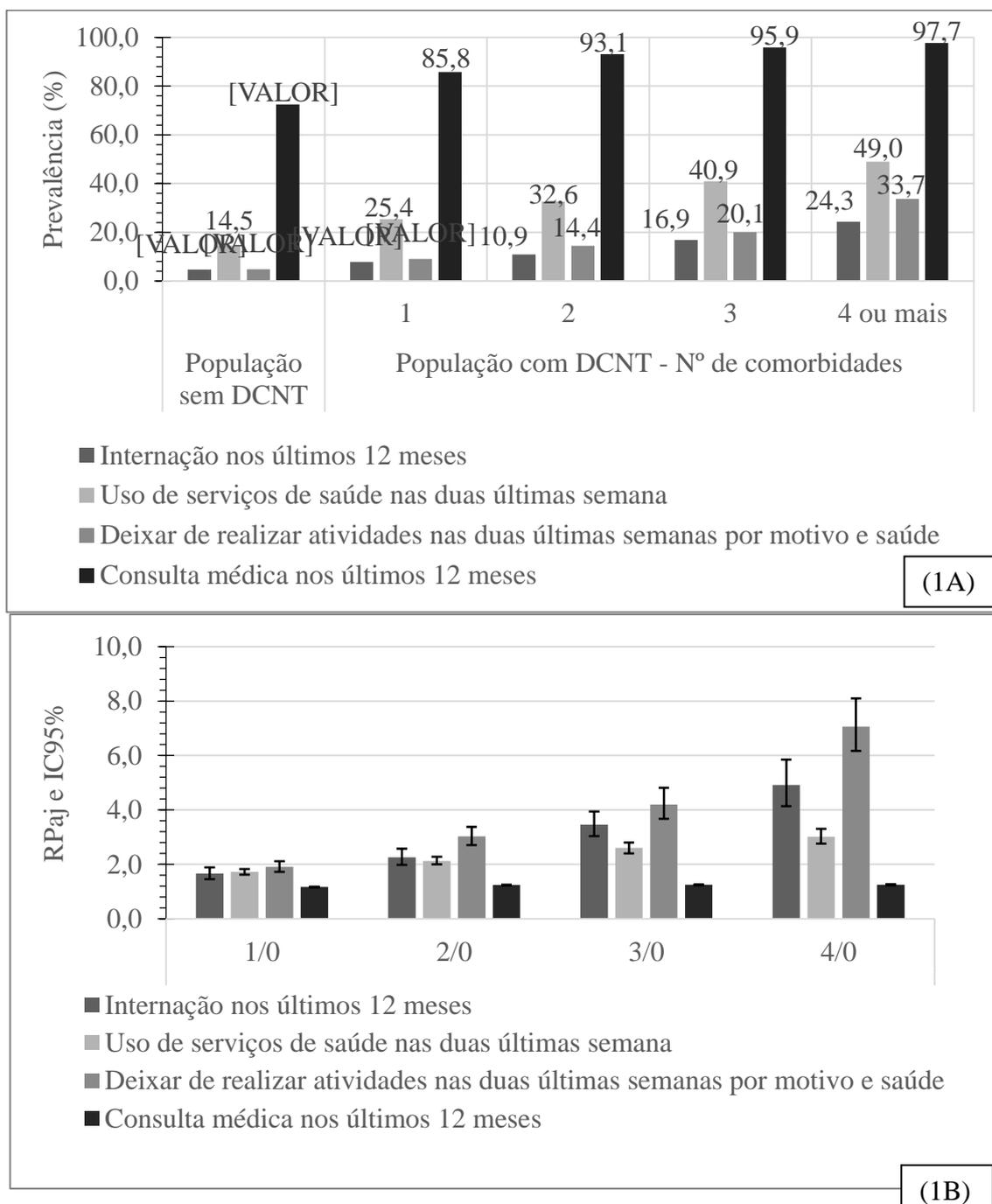
IC95%: intervalo de confiança de 95%; RPb: Razão de Prevalência bruta; RPaj: Razão de Prevalência ajustada por idade, sexo e escolaridade; ^a RP ajustada por idade e escolaridade; ^b RP ajustada por sexo e escolaridade; ^c RP ajustada por sexo e idade; SM: salário mínimo; SI: sem instrução; FI: Fundamental incompleto; FC: Fundamental completo; MC: Médio Completo; SI: Superior incompleto; SC: Superior completo.

Tabela 4 - Prevalências e razões de prevalência (brutas e ajustadas) de deixar de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas entre adultos e idosos com e sem DCNT, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, PNS, 2019, Brasil

Variáveis		Com DCNT ^A	Sem DCNT ^B	RPb	RPaj (^{A/B})
		% (IC 95%)	%(IC 95%)	(^{A/B})	(IC 95%)
Total		13,34(12,80;13,88)	4,82(4,46;5,19)	2,77	2,52(2,30;2,76)
Sexo^a	Masculino	9,94(9,24;10,64)	3,71(3,25;4,18)	2,68	2,49(2,15;2,87)
	Feminino	15,91(15,08;16,74)	5,94(5,39;6,50)	2,68	2,55(2,28;2,85)
Idade^b	18 a 59 anos	12,97(12,27;13,67)	4,70(4,31;5,08)	2,76	2,59(2,35;2,85)
	60 e mais	14,02(13,15;14,89)	6,09(4,98;7,21)	2,30	2,15(1,77;2,62)
Escolaridade^c	SI a FI	15,78(14,92;16,64)	5,27(4,61;5,92)	3,00	2,85(2,47;3,29)
	FC	12,43(10,94;13,92)	4,63(3,84;5,43)	2,68	2,63(2,12;3,28)
	MC a SI	11,45(10,43;12,47)	4,53(3,92;5,15)	2,53	2,44(2,08;2,86)
	SC	10,23(9,07;11,39)	5,04(4,15;5,94)	2,03	2,04(1,65;2,52)
Renda	≤ a 1 SM	15,01(14,25;15,76)	5,21(4,68;5,74)	2,88	2,54(2,26;2,85)
	> 1 SM até 3 SM	12,24(11,33;13,14)	4,02(3,52;4,52)	3,04	2,81(2,41;3,28)
	> 3 SM	10,22(8,97;11,48)	5,61(4,33;6,89)	1,82	1,84(1,43;2,38)
Plano	Sim	11,98(11,01;12,95)	5,81(4,91;6,70)	2,06	1,96(1,64;2,35)
	Não	13,89(13,23;14,55)	4,49(4,10;4,87)	3,10	2,75(2,48;3,05)
Região	Norte	14,25(13,04;15,46)	5,42(4,71;6,13)	2,63	2,39(2,03;2,83)
	Nordeste	14,05(13,21;14,89)	5,62(5,02;6,23)	2,50	2,27(1,99;2,59)
	Sudeste	13,02(12,03;14,00)	4,62(3,89;5,35)	2,82	2,56(2,14;3,06)
	Sul	12,55(11,40;13,70)	3,63(3,01;4,26)	3,45	3,11(2,55;3,80)
	Centro-Oeste	13,74(12,25;15,24)	4,61(3,77;5,44)	2,98	2,81(2,27;3,49)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; RPb: Razão de Prevalência bruta; RPaj: Razão de Prevalência ajustada por idade, sexo e escolaridade; ^a RP ajustada por idade e escolaridade; ^b RP ajustada por sexo e escolaridade; ^c RP ajustada por sexo e idade; SM: salário mínimo; SI: sem instrução; FI: Fundamental incompleto; FC: Fundamental completo; MC: Médio Completo; SI: Superior incompleto; SC: Superior completo.

Figura 1 - Prevalências (1A) e razões de prevalência (1B) de uso de serviços e incapacidades, entre adultos sem e com DCNT, segundo número doenças referidas por um mesmo indivíduo, PNS, 2019, Brasil



RPaj: razões de prevalência ajustadas; IC95%: intervalo de confiança de 95%; 0: ausência de DCNT; 1: presença de uma DCNT; 2: presença de duas DCNT; 3: presença de três DCNT; 4: presença de quatro DCNT.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores concordam que caso o manuscrito venha a ser aceito e postado no servidor SciELO Preprints, a retirada do mesmo se dará mediante retratação.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.