

# Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019

*Analysis of demand and access to services in the last two weeks previous to the National Health Survey 2013 and 2019*

Deborah Carvalho Malta<sup>I</sup> , Crizian Saar Gomes<sup>II</sup> , Elton Junio Sady Prates<sup>III</sup> , Fausto Pereira dos Santos<sup>IV</sup> , Wanessa da Silva de Almeida<sup>V</sup> , Sheila Rizzato Stopa<sup>VI</sup> , Cimar Azeredo Pereira<sup>VII</sup> , Célia Landmann Szwarcwald<sup>V</sup> 

**RESUMO:** *Objetivo:* Comparar a procura e a utilização dos serviços de saúde entre 2013 e 2019, e analisar as variáveis sociodemográficas e de saúde associadas em 2019. *Métodos:* Estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019. Foram estimados a prevalência e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) referentes à procura e à utilização dos serviços de saúde. Em 2019, analisaram-se as diferenças dos indicadores segundo variáveis sociodemográficas e foram estimadas as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas por sexo e idade. *Resultados:* Ocorreu aumento de 22% na procura por atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa, passando de 15,3% (IC95% 15,0–15,7) em 2013 para 18,6% (IC95% 18,3–19,0) em 2019. Houve redução da utilização, nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa, de 97% (IC95% 96,6–97,4) em 2013 para 86,1% (IC95% 85,4–86,8) em 2019, o que foi observado para a maioria das Unidades da Federação. Em 2019, a procura de atendimento foi maior entre mulheres, idosos, pessoas com elevada escolaridade, indivíduos que apresentam plano de saúde e com autoavaliação ruim da saúde. Obtiveram maior acesso aos serviços de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa: homens, crianças ou adolescentes até 17 anos, pessoas com plano de saúde e com autoavaliação ruim da saúde. *Conclusão:* Cresceu a demanda por serviços de saúde e reduziu o acesso entre 2013 e 2019. Essas diferenças podem ter sido agravadas pelas medidas de austeridade implantadas no país.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde. Indicadores de saúde. Acesso aos serviços de saúde. Estudos transversais. Saúde pública. Brasil.

<sup>I</sup>Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>II</sup>Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>III</sup>Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>IV</sup>Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>V</sup>Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>VI</sup>Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

<sup>VII</sup>Diretoria de Pesquisas, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Rio de Janeiro (RJ), 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

**Conflitos de interesse:** Nada a declarar – **Financiamento:** Fundo Nacional de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (TED 66/2018).

**ABSTRACT:** *Objective:* Compare the demand and use of health services between 2013 and 2019, and analyze the associated sociodemographic and health variables in 2019. *Methods:* Cross-sectional study with data from the National Health Survey (PNS) 2013 and 2019. The prevalence and 95% confidence intervals (95% CI) for the demand and use of health services were estimated. In 2019, the differences in the indicators were analyzed according to sociodemographic variables and the crude and adjusted by sex and age prevalence ratios (RP) were estimated. *Results:* There was an increase of 22% in the demand for health care in the last two weeks, going from 15.3% (95%CI 15.0–15.7) in 2013 to 18.6% (95%CI 18.3–19.0) in 2019. There was a reduction in use in the last two weeks, from 97% (95%CI 96.6–97.4) in 2013 to 86.1% (95%CI 85.4–86.8) in 2019, which was observed for most Federation Units. In 2019, the demand for care was greater among women, the elderly, those with high schooling, individuals with health insurance and poor self-rated health. They obtained greater access to health services in the fifteen days prior to the survey: men, children or adolescents up to 17 years of age, people with health insurance and poor health self-assessment. *Conclusion:* The demand for health services has grown and reduced access in the last 15 days between 2013 and 2019. These differences may have been exacerbated by the austerity measures implemented in the country. *Keywords:* Access to health services. Health indicators. Health services accessibility. Cross-sectional studies. Public health. Brazil.

## INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde é um direito constitucional da população brasileira, garantido com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1-3</sup>. Entre 1998 e 2013, ocorreu aumento do acesso aos serviços de saúde, indicando avanços no desempenho do sistema público de saúde<sup>4,5</sup>, fruto da ampliação e da consolidação do SUS.

A utilização dos serviços de saúde constitui-se importante objeto de investigação em inquéritos populacionais, visando captar a demanda de usuários quanto às necessidades em saúde<sup>6,7</sup>. O conceito de utilização dos serviços de saúde inclui o contato direto dos usuários em atividades como consultas médicas, odontológicas e hospitalizações, ou de forma indireta, por meio da realização de exames preventivos e diagnósticos (laboratoriais, radiológicos, entre outros)<sup>7</sup>. Ainda, segundo Travassos<sup>7</sup>, “o uso de serviços pode ser uma medida de acesso aos serviços, mas não se explica apenas por ele”. Conquanto, o acesso é compreendido como um importante determinante do uso; todavia, a utilização efetiva dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de condicionantes, que passam pelas necessidades de saúde, autocuidado ou a existência da doença, bem como a gravidade e a urgência desse agravo<sup>7-9</sup>.

Entre os fatores que se relacionam à procura por serviços, destacam-se: características sociodemográficas dos usuários (idade, sexo, região de moradia dos usuários), situação socioeconômica (escolaridade, renda, posse de planos de saúde), além de fatores ligados aos prestadores de serviços, como os recursos disponíveis (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios) e os tipos de sistemas de saúde (público ou privado, legislação e regulamentação profissional e do sistema, entre outros). Outros autores ressaltam a acessibilidade geográfica, os fatores socioculturais<sup>8,9</sup>, além de aspectos relacionados às políticas de saúde e financiamento<sup>10-15</sup>.

A utilização de serviços de saúde é impulsionada pela demanda do usuário, em função da sua percepção da doença ou diagnóstico médico prévio<sup>7,8</sup>. Um estudo, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), mostrou que pacientes que com comorbidades tendem a aumentar a procura pelos serviços de saúde, por exemplo, pacientes que possuem doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>9</sup>.

Nesse sentido, é importante distinguir necessidades em saúde, que incorporam os determinantes socioambientais, das necessidades de serviços de saúde, que podem ser definidas segundo o saber de especialistas, ou segundo as necessidades definidas pelos usuários. Essas últimas também podem ser influenciadas pelos produtores de serviços, pela indústria, entre outros<sup>16</sup>. Stevens et al.<sup>17</sup> discutem que a interação entre necessidades, demandas e oferta de serviços irá definir o perfil de utilização dos serviços em saúde.

As crises políticas e econômicas podem interferir no acesso à saúde. A partir de 2008, a crise econômica global resultou em grandes cortes nos gastos em saúde e resultou na implantação de políticas de austeridade em diversos países europeus; conseqüentemente, houve piora no acesso aos serviços de saúde<sup>18</sup>. Nos Estados Unidos, a crise econômica resultou em cortes no setor de saúde e nas doações aos serviços filantrópicos, com conseqüente redução do acesso à saúde para famílias desempregadas<sup>19,20</sup>.

No Brasil, as políticas de austeridade implementadas nos últimos anos, com destaque em 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC95)<sup>21</sup>, levou à acentuada diminuição dos investimentos em saúde, educação e ciência e tecnologia<sup>22-25</sup>. Os efeitos da redução de financiamento em saúde já podem ser observados na redução da oferta de bens e serviços, no impacto nas taxas de mortalidade, cujos efeitos tendem a ser exacerbados e penalizam principalmente populações mais vulneráveis<sup>22,26-30</sup>.

Frente às políticas de austeridade implantadas no país, torna-se importante o monitoramento da procura e o acesso aos serviços de saúde por meio de inquéritos populacionais. Os inquéritos nacionais de saúde, historicamente, incluíram questões referentes ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, o que possibilita o monitoramento desses indicadores e, conseqüentemente, pode apoiar a gestão e o planejamento informados por evidências. Assim, objetivou-se comparar a procura e a utilização dos serviços de saúde entre 2013 e 2019, e analisar as variáveis sociodemográficas e de saúde associadas em 2019.

## MÉTODOS

### DESENHO DO ESTUDO E COLETA DE DADOS

Trata-se de um estudo transversal com dados da PNS, realizada em 2013 e 2019, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde.

O plano amostral da PNS foi por conglomerados em três estágios de seleção. Em 2013, a amostra foi selecionada por amostragem por conglomerados em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem (setores censitários). No segundo estágio, em

cada setor censitário, foi selecionado aleatoriamente um número fixo de domicílios. No terceiro estágio, em cada domicílio, um morador de 18 anos ou mais foi selecionado com equi-probabilidade<sup>31</sup>. Em 2019, também procederam-se os três estágios de seleção, com a diferença de que, no terceiro estágio, o morador foi selecionado aleatoriamente entre aqueles com 15 anos ou mais de idade, com base na lista de moradores obtida no momento da entrevista<sup>32</sup>.

Em 2013, o tamanho da amostra foi calculado em, aproximadamente, 80 mil domicílios, sendo coletadas informações em 64.348 domicílios<sup>31</sup>. Em 2019, a amostra foi de 108.525 domicílios e os dados foram coletados em 94.114 domicílios<sup>32</sup>.

Os fatores de expansão foram calculados pelo inverso do produto das probabilidades de seleção em cada estágio. Após a ponderação das bases pelos fatores naturais de expansão, foi realizado um processo de calibração com base nas projeções populacionais para o Brasil e as Unidades da Federação (UF), incluindo um fator de correção para as perdas. Para permitir comparações entre as duas edições da PNS, o IBGE recalibrou os fatores de expansão da PNS 2013<sup>31,32</sup>.

Para este estudo, 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. A PNS coletou informações válidas para 205.546 pessoas em 2013 e para 279.382 indivíduos em 2019.

## VARIÁVEIS

O estudo apresenta, por meio de fluxograma (Figuras 1A e 1B), as questões do instrumento de coleta de dados que tratam da procura e do acesso aos serviços de saúde nas duas últimas semanas das pesquisas, relativas aos anos de 2013 e 2019. Em 2013, foram utilizadas as seguintes perguntas: “Nas duas últimas semanas procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à saúde?” (Sim/Não). Quem respondeu “Sim”, foi questionado: “Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido?” (Sim/Não). Quem não foi atendido, respondeu à seguinte questão: “Procurou novamente por atendimento de saúde pelo mesmo motivo?” (Sim/Não). Se procurou, foi questionado: “Nessa última vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido?” (Sim/Não).

Em 2019, o fluxo foi semelhante, porém houve uma alteração nas opções de resposta à pergunta: “Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido?” (Fui agendado para outro dia ou outro local/Não/Sim). Para os entrevistados que responderam que não foram atendidos, ou para os que foram agendados, o fluxo continuou o mesmo (Figura 1B).

Em função da mudança no questionário, comparou-se apenas dois indicadores da PNS 2013 e 2019:

- Procurou atendimento de saúde nas duas semanas prévias à pesquisa.
- Procurou atendimento nas duas últimas semanas e foi atendido.

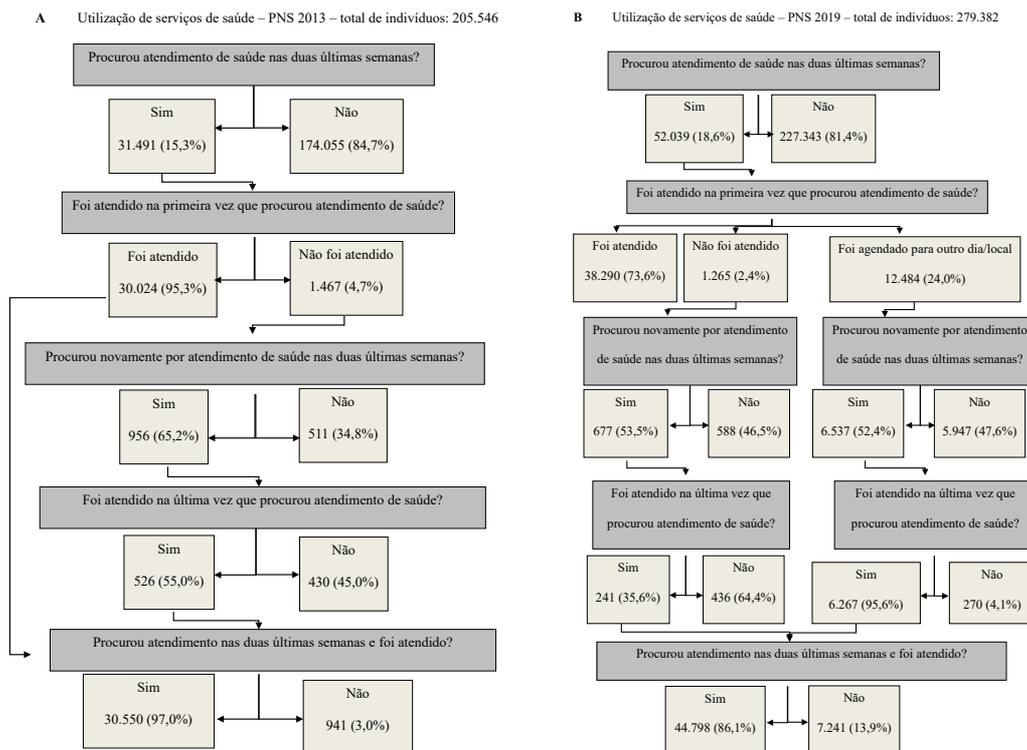


Figura 1. Fluxograma das perguntas relacionadas à procura e ao acesso aos serviços de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da entrevista, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (A) 2013 e (B) 2019.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os indicadores foram comparados para Brasil, 27 estados e capitais, estimando-se a prevalência e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Estimaram-se também as prevalências e os respectivos IC95% por UF para verificar diferenças entre 2013 e 2019.

Para analisar as variáveis sociodemográficas e de saúde relacionadas aos indicadores de procura e utilização de serviços em 2019, calcularam-se as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas por sexo e idade, bem como seus respectivos IC95%, utilizando modelos de regressão de Poisson com variância robusta. Foram analisadas as seguintes variáveis socio-demográficas e de saúde: sexo (masculino e feminino); faixa etária (0 a 17, 18 a 29, 30 a 39, 40 a 59, 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 autoavaliação da saúde ruim (sim e não); raça/cor (branca, preta e parda). Destaca-se que a opção de não incluir na análise amarelos

e indígenas, deve-se à orientação do IBGE pelo pequeno número de respostas nessas populações e pelo elevado coeficiente de variação, o que também tem sido adotado em outras análises da PNS<sup>33</sup>.

Foi ainda avaliado o motivo principal de procura do atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas e o motivo de não ser atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas.

Neste estudo, utilizou-se o *Software for Statistics and Data Science (StataCorp LP, College Station, Texas, United States)*, versão 14.0, para análise dos dados por meio do módulo *survey*, que considera efeitos do plano amostral.

## ASPECTOS ÉTICOS

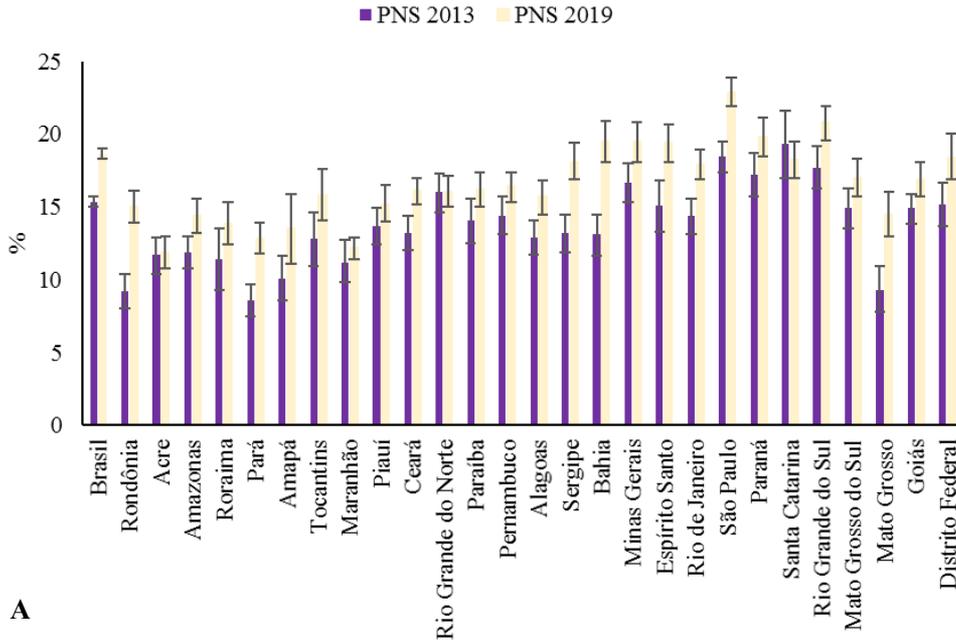
Os dados da PNS estão disponíveis para acesso e uso público, e ambas as pesquisas foram aprovadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (Parecer nº 328.159 para a edição de 2013, e nº 3.529.376 para a edição de 2019).

## RESULTADOS

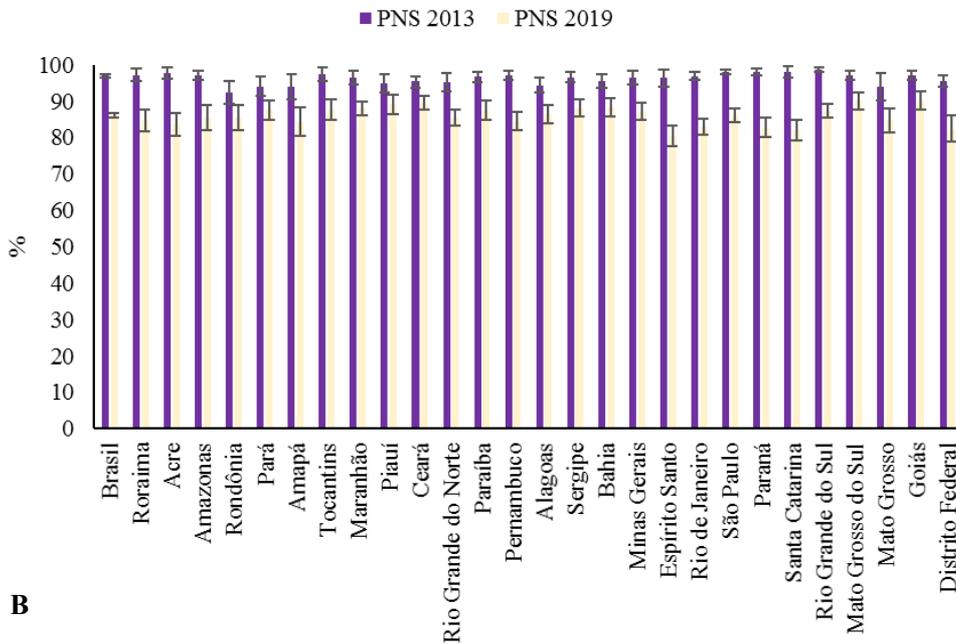
A Figura 1 mostra o fluxo dos questionários da PNS de 2013 e 2019 quanto aos indicadores de procura e acesso aos serviços nos últimos 15 dias. Em 2013, 15,3% procuraram os serviços de saúde, 95,3% foram atendidos na primeira procura, e entre os que não foram atendidos, 65,2% voltaram a procurar os serviços de saúde pelo mesmo motivo. Entre os que procuraram atendimento nas duas últimas semanas (31.491), 97% conseguiram ser atendidos, independentemente se foi na primeira vez (30.024) ou na última vez em que procuraram (526) (Figura 1A).

Em 2019, 18,6% procuraram os serviços de saúde, 73,6% foram atendidos na primeira procura, 2,4% não foram e 24% foram agendados para outra data/local. Dos que não foram atendidos, 53,5% voltaram a procurar os serviços de saúde pelo mesmo motivo e 35,6% foram atendidos na última vez que procuraram; dos que foram agendados, 52,4% procuraram novamente os serviços e, destes, 95,6% foram atendidos. Considerando-se os que foram atendidos na primeira vez ou em outras tentativas, 86,1% conseguiram atendimento nas duas últimas semanas (Figura 1B).

A prevalência de pessoas que procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da entrevista aumentou relativamente em 22%, passando de 15,3% (IC95% 15,0–15,7) em 2013 para 18,6% (IC95% 18,3–19,0) em 2019 (Figura 2A). Houve aumento da procura de serviços nas últimas semanas na maioria das UF. Pela comparação dos IC95%, observaram-se diferenças nas seguintes UF: Amazonas, Rondônia, Pará, Ceará, Sergipe, Bahia, Alagoas, Espírito Santo, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Distrito Federal (Figura 2A).



A



B

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde.

Figura 2. (A) Prevalência (intervalo de confiança de 95%) de procura de atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à entrevista, e (B) procura de atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa e ser atendido, no Brasil e nas Unidades da Federação. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019.

Nas capitais também ocorreu aumento da procura de atendimento, com diferenças estatisticamente significantes em Aracaju, Belo Horizonte, Brasília, Campo Grande, Cuiabá, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, João Pessoa, Maceió, Porto Velho, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e Teresina (Figura Suplementar 1).

Em 2019, a procura por atendimento nas duas últimas semanas foi maior entre mulheres (RPaj: 1,46; IC95% 1,42–1,5); aumentou a partir dos 30 anos de idade, sendo mais elevada aos 60 anos e mais (RPaj: 1,81; IC95% 1,73–1,89); foi mais elevada em indivíduos com nível superior completo (RPaj: 1,21; IC95% 1,16–1,27); maior em quem possuía plano de saúde (RPaj: 1,44; IC95% 1,40–1,50); e que avaliaram a saúde como ruim (RPaj: 2,06; IC95% 1,98–2,14). Por outro lado, a procura foi menor nas pessoas de raça/cor parda (RPaj: 0,89; IC95% 0,86–0,92) (Tabela 1).

Considerando-se todas as tentativas, conseguiram atendimento, nas duas últimas semanas, 97% (IC95% 96,6–97,4) das pessoas, em 2013, reduzindo para 86,1% (IC95% 85,4–86,8) em 2019, uma queda de 11% entre as duas pesquisas (Figura 2B). Essa redução ocorreu de forma estatisticamente significativa em todas as UF (Figura 2B). Verificou-se, também, redução em todas as capitais, exceto Aracaju (Figura Suplementar 2).

Na Tabela 2, a procura por atendimento de saúde nas duas últimas semanas e ser atendido foi menor no sexo feminino (RPaj: 0,98; IC95% 0,97–0,99) e em quem tem ensino médio completo e superior incompleto (RPaj: 0,98; IC95% 0,96–0,99). Por outro lado, foi maior na faixa etária de 0 a 17 anos, com plano de saúde (RPaj: 1,02; IC95% 1,01–1,04) e que avaliaram a saúde como ruim (1,05; IC95% 1,03–1,07). Não houve diferenças por raça/cor.

O motivo principal de procura por atendimento nas duas últimas semanas em 2019 foi: doença ou tratamento de doença (48,3%; IC95% 47,2–49,3); prevenção, *check-up* médico ou puericultura (16,3%; IC95% 15,6–17,1); exame complementar de diagnóstico (10,2%; IC95% 9,7–10,7); acompanhamento com psicólogo, nutricionista ou outro profissional de saúde (7,0%; IC95% 6,5–7,5); problema odontológico (6,3%; IC95% 5,9–6,7); acidente, lesão ou fratura (4,6%; IC95% 4,3–5,0) (Figura Suplementar 3).

Entre os que responderam que não foram atendidos na primeira vez que procuraram assistência de saúde em 2019, o principal motivo foi não conseguir vaga ou pegar senha (38,3%; IC95% 33,2–43,6), seguido de não ter médico ou dentista atendendo (32,4%; IC95% 27,9–37,1) (Figura Suplementar 4).

## DISCUSSÃO

O estudo mostrou que, comparando 2013 com 2019, houve um crescimento relativo de 22% na procura por serviços de saúde nos 15 dias que antecederam a pesquisa e redução de 11% no acesso aos serviços de saúde. Esse cenário de aumento de demanda e de redução de acesso se repetiu em quase todos os estados e capitais. A procura de atendimento foi maior entre mulheres, idosos, com elevada escolaridade, com plano de saúde e que autoavaliaram a saúde como ruim, e menor em pardos. Entre os motivos de procura de

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência (intervalo de confiança de 95%) de procurar atendimento de saúde nas duas últimas semanas, segundo características sociodemográficas e de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	Prevalência (IC95%)	Razão de prevalência (IC95%)	
		Bruta	Ajustada
Brasil	18,6 (18,3–19,0)	–	–
<b>Sexo</b>			
Masculino	14,8 (14,4–15,1)	1	1
Feminino	22,1 (21,7–22,6)	1,50 (1,45–1,53)	1,46 (1,42–1,50)
<b>Faixa etária (em anos)</b>			
0 a 17	14,8 (14,3–15,3)	1	1
18 a 29	13,6 (13,0–14,2)	0,92 (0,87–0,97)	0,91 (0,87–0,97)
30 a 39	16,5 (15,9–17,1)	1,11 (1,06–1,17)	1,10 (1,05–1,16)
40 a 59	21,1 (20,5–21,6)	1,42 (1,36–1,48)	1,40 (1,34–1,46)
60 e mais	27,5 (26,8–28,3)	1,86 (1,78–1,94)	1,81 (1,73–1,89)
<b>Escolaridade</b>			
Sem instrução e fundamental incompleto	18,2 (17,7–18,6)	1	1
Fundamental completo e médio incompleto	16,5 (15,8–17,2)	0,91 (0,87–0,95)	0,97 (0,94–1,02)
Médio completo e superior incompleto	17,6 (17,1–18,2)	0,97 (0,94–1,00)	1,01 (0,97–1,05)
Superior completo	23,3 (22,4–24,3)	1,28 (1,23–1,34)	1,21 (1,16–1,27)
<b>Raça/Cor</b>			
Branca	20,2 (19,6–20,7)	1	1
Preta	19,1 (18,2–19,9)	0,95 (0,90–0,99)	0,96 (0,91–1,01)
Parda	17,0 (16,6–17,4)	0,84 (0,81–0,87)	0,89 (0,86–0,92)
<b>Plano de saúde</b>			
Não	16,5 (16,1–16,8)	1	1
Sim	24,7 (24,1–25,4)	1,50 (1,45–1,55)	1,44 (1,40–1,50)
<b>Autoavaliação de saúde ruim</b>			
Não	17,4 (17,1–17,7)	1	1
Sim	43,2 (41,7–44,6)	2,48 (2,39–2,57)	2,06 (1,98–2,14)

IC95%: intervalo de confiança de 95%

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência (intervalo de confiança de 95%) de procurar atendimento de saúde nas duas últimas semanas e ser atendido, segundo características sociodemográficas e de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	Prevalência (IC95%)	Razão de prevalência (IC95%)	
		Bruta	Ajustada
Brasil	86,1 (85,4–86,8)	-	-
<b>Sexo</b>			
Masculino	87,2 (86,3–88,1)	1	1
Feminino	85,4 (84,6–86,2)	0,98 (0,97–0,99)	0,98 (0,97–0,99)
<b>Faixa etária (em anos)</b>			
0 a 17	91,0 (89,7–92,2)	1	1
18 a 29	85,6 (84,1–87,0)	0,94 (0,92–0,96)	0,94 (0,92–0,96)
30 a 39	85,6 (84,0–87,2)	0,94 (0,92–0,96)	0,94 (0,92–0,96)
40 a 59	84,8 (83,6–85,9)	0,93 (0,91–0,95)	0,93 (0,92–0,95)
60 e mais	84,4 (83,1–85,7)	0,93 (0,90–0,94)	0,93 (0,91–0,95)
<b>Escolaridade</b>			
Sem instrução e fundamental incompleto	86,4 (85,4–87,4)	1	1
Fundamental completo e médio incompleto	85,7 (83,9–87,5)	0,99 (0,97–1,01)	0,99 (0,96–1,01)
Médio completo e superior incompleto	84,8 (83,6–86,0)	0,98 (0,96–0,99)	0,98 (0,96–0,99)
Superior completo	85,0 (83,2–86,7)	0,98 (0,96–1,00)	0,98 (0,96–1,00)
<b>Raça/Cor</b>			
Branca	86,1 (85,2–87,1)	1	1
Preta	85,6 (84,0–87,3)	0,99 (0,97–1,01)	0,99 (0,97–1,01)
Parda	86,2 (85,3–87,1)	1,00 (0,99–1,01)	1,00(0,98–1,01)
<b>Plano de saúde</b>			
Não	85,5 (84,7–86,3)	1	1
Sim	87,1 (85,9–88,3)	1,02 (1,01–1,03)	1,02 (1,01–1,04)
<b>Autoavaliação de saúde ruim</b>			
Não	85,8 (85,1–86,5)	1	1
Sim	88,3 (86,7–89,8)	1,03 (1,01–1,05)	1,05 (1,03–1,07)

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

atendimento à saúde, mencionados na PNS 2019, metade foi em razão de atendimento a doenças e um quarto foi por procura de procedimentos preventivos. Os principais motivos de não ser atendido foram não conseguir vaga ou pegar senha e não ter médico ou dentista atendendo. Verificou-se que obtiveram maior acesso os homens, as crianças e os adolescentes até 17 anos, indivíduos que tiveram avaliação ruim do estado de saúde e pessoas que possuem plano de saúde.

O aumento da procura e a redução de acesso aos serviços de saúde no Brasil podem ser explicados por diversos fatores, entre eles, o aumento da demanda, em função do crescimento populacional e do aumento da expectativa de vida. O crescimento da população idosa associa-se com maior número de comorbidades e maior demanda por serviços de saúde<sup>34,35</sup>. As transições epidemiológicas, demográficas e nutricionais impactam diretamente no aumento das prevalências de DCNT e resultam em demanda crescente e contínua por atendimentos<sup>36</sup>. Há evidências do crescimento das desigualdades no Brasil, efeitos de políticas de austeridade adotadas, que resultam em acentuação da pobreza e do desemprego<sup>22,25</sup> e em maior vulnerabilidade social<sup>37</sup>, ampliam a procura por atendimentos em saúde<sup>25</sup>, bem como o agravamento de comorbidades e o sofrimento mental<sup>38,39</sup>. Na Grécia, as políticas de austeridade, ocorridas durante a depressão econômica entre 2009 e 2011, aumentaram os transtornos mentais, a procura de serviços de saúde e o consumo de medicamentos, particularmente ansiolíticos<sup>40</sup>.

Estudos em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) mostraram a piora dos indicadores de saúde na vigência das políticas de austeridade<sup>18</sup>. Simou e Koutsogeorgou<sup>40</sup>, na Grécia, analisando o período de 2009 a 2013, identificaram redução dos gastos públicos com saúde, redução de oferta de serviços de saúde, insumos e da qualidade. No Brasil, ocorreu redução do Produto Interno Bruto (PIB) e dos investimentos em saúde, tanto nacionais quanto estaduais e municipais<sup>41</sup>. Além disso, a combinação crise econômica e políticas de austeridade fiscal resultou na piora de desempenho do setor de saúde<sup>22,25</sup>, destacando-se, nos últimos anos, o aumento da morbimortalidade, o ressurgimento de doenças transmissíveis (sarampo, febre amarela), a queda nas coberturas vacinais, o aumento da mortalidade infantil e materna<sup>19,20,22,25,26</sup>. Adicionalmente, observa-se piora dos indicadores de DCNT, aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) e maior adoção de comportamentos não saudáveis<sup>24,38,42</sup>. Outrossim, somente em 2019, o SUS perdeu R\$ 20 bilhões em investimentos em virtude da EC95<sup>43</sup>, o que pode corroborar para a redução de oferta de serviços de saúde. Tem-se, ainda, que as dificuldades mais frequentes no acesso foram a falta de vagas e a escassez de profissionais médicos e dentistas, refletindo a redução de oferta de serviços, que pode ter sido influenciada pelos cortes orçamentários na saúde<sup>37,43</sup>.

As características de maior demanda de serviços estão em conformidade com a literatura: idosos, mulheres e população com maior escolaridade<sup>6</sup>. A maior demanda dos serviços por idosos deve-se à maior presença de comorbidades nessa faixa etária, à maior percepção da gravidade da doença, dos riscos e da ameaça à saúde. Entretanto, embora os idosos tenham maior demanda, o acesso foi menor. O atendimento nos últimos 15 dias foi mais

elevado entre crianças e adolescentes menores de 17 anos. Historicamente, os serviços de saúde ofertam mais serviços para crianças<sup>44,45</sup>.

Este estudo identificou que as mulheres procuraram mais os serviços, o que já foi identificado em outras pesquisas. Entretanto, a utilização foi maior entre os homens<sup>46,47</sup>. As mulheres, em geral, têm maior percepção de sinais e sintomas de doenças e procuram os serviços para as práticas de promoção, prevenção, além das demandas do pré-natal<sup>36,45,46</sup>. Uma possível explicação para o maior atendimento entre os homens pode ser em função do maior acesso aos serviços de urgência, enquanto as mulheres tiveram maior proporção de agendamentos.

A autoavaliação de saúde ruim aumenta a procura de serviços, em função da autoavaliação da gravidade da doença e de piores condições de saúde. Segundo Travassos e Martins<sup>6</sup>, a percepção subjetiva do risco da doença e da gravidade, além dos sentimentos e das preocupações com a doença, como morte, dor ou incapacidade, levam à maior procura de serviços. O fato de o usuário se sentir susceptível, com medo da doença, constitui um importante motivador para a utilização de serviços<sup>6,9</sup>. Sentir-se doente e acreditar nos benefícios advindos com o tratamento são fundamentais para usar os serviços<sup>6,9,47</sup>.

Os resultados também evidenciaram maior procura entre as pessoas de maior escolaridade. Todavia, o acesso aos serviços segundo escolaridade foi semelhante entre a baixa escolaridade e o nível superior, tendo sido menor entre o nível médio<sup>9,48,49</sup>. Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2003 e 2008) e na PNS 2013, houve menor utilização de serviços de saúde e menor proporção de consultas médicas em população de menor escolaridade e renda<sup>9,48,49</sup>. Essa mudança no acesso, mesmo após ajustes por idade e sexo, pode apontar que o SUS tem conseguido prover acesso à população, independentemente da escolaridade.

Indivíduos com posse de plano de saúde tiveram maior uso de serviços. Esse resultado corrobora os dados da PNAD, que mostraram que pessoas com plano privado de saúde apresentam prevalências mais elevadas de consulta médica e de internação nos últimos 12 meses, e uso de serviços nas últimas duas semanas<sup>48,49</sup>, dados também semelhantes ao que foi encontrado na PNS 2013<sup>9</sup>. Destaca-se que a lógica dos planos de saúde incentiva a medicina curativa e o maior consumo de serviços<sup>48-50</sup>. Estudos comparando usuários exclusivos do SUS com quem tem planos de saúde, observaram menores frequências de realização de consultas médicas e exames de rastreamento no primeiro grupo<sup>51-54</sup>.

Entre as limitações, embora o delineamento transversal não seja adequado para atribuir causalidade, o estudo buscou caracterizar uma população segundo atributos de interesse. O módulo de utilização dos serviços de saúde foi respondido por um dos moradores, o *proxy*, e não pelo próprio morador, o que pode subestimar as prevalências. Além disso, em 2019, o questionário foi alterado, incluindo outra opção de resposta sobre agendamento de atendimentos, o que limita a comparação de algumas perguntas e não permite saber quando foi realizado o atendimento agendado. O questionário mede a demanda percebida pelo usuário, o atendimento recebido ou agendado. Ademais, destaca-se que

não há como avaliar a qualidade do atendimento, bem como se a resposta em saúde foi a mais adequada.

Em síntese, os achados deste estudo evidenciam que houve aumento da demanda por serviços de saúde e redução do acesso nos últimos 15 dias. A implantação do SUS tem sido fundamental para a redução das iniquidades no Brasil. Todavia, as políticas de austeridade têm contribuído substancialmente na deterioração da situação de saúde. Entre 2013 e 2019 houve aumento da procura de serviços de saúde, que pode ser em função do envelhecimento populacional, mas também pelo aumento da vulnerabilidade, pelo aumento do desemprego, pelos cortes em programas sociais e pelas políticas de austeridade implementadas no Brasil.

Ressalta-se a importância do SUS e dos princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, garantindo o acesso de serviços pela população com menor escolaridade e sem posse de planos de saúde. Por isso, torna-se essencial investir na expansão, no financiamento adequado e sustentável do SUS.

## AGRADECIMENTOS

Malta DC e Szwarcwald CL agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que financiou a bolsa de produtividade em pesquisa. Prates EJS agradece ao Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde pela bolsa de pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779): 1778-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
2. Barreto ML, Rasella D, Machado DB, Aquino R, Lima D, Garcia LP, et al. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Brazil. *PLoS Med* 2014; 11(9): e1001692. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001692>
3. Paim JS. Thirty years of the Unified Health System (SUS). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6): 1723-28. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
4. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6): 1751-62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
5. Nunes BP, Flores TR, Garcia LP, Chiavegatto Filho ADP, Thumé E, Facchini LA. Time trend of lack of access to health services in Brazil, 1998-2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25(4): 777-87. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000400011>
6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Suppl 2): S190-S198. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
7. 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(Suppl 1): 3s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>
8. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo – ISA/SP. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2005.

9. 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(Suppl 1): 4s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
10. Giovanella L, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(11): 2263-81. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00021314>
11. Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, et al. Economic crisis, health systems and health in europe: country experience. Copenhagen: World Health Organization; 2015. Disponível em: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf)
12. McCartney G, Hearty W, Arnot J, Popham F, Cumbers A, McMaster R. Impact of political economy on population health: a systematic review of reviews. *Am J Public Health* 2019; 109(6): e1-e12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305001>
13. Stuckler D, Reeves A, Loopstra R, Karanikolos M, McKee M. Austerity and health: the impact in the UK and Europe. *Eur J Public Health* 2017; 27(Suppl 4): 18-21. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx167>
14. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. National primary health care policy: where are we headed to? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4): 1475-82. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
15. Massuda A. Primary health care financing changes in the Brazilian Health System: advance ou setback? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4): 1181-88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>
16. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ* 1998; 316(7140): 1310-3. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7140.1310>
17. Stevens A, Rafferty J. Health care needs assessment – the epidemiologically based needs assessment reviews. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1994.
18. Reeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D. The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. *Health Policy* 2014; 115(1): 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.11.008>
19. Schramm JMA, Paes-Sousa R, Mendes LVP. Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crise. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28240/2/Joyce\\_Mendes\\_et\\_al\\_politicas\\_de\\_austeridade.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28240/2/Joyce_Mendes_et_al_politicas_de_austeridade.pdf)
20. Paes-Sousa R, Rasella D, Carepa-Sousa J. Economic policy and public health: fiscal balance and population wellbeing. *Saúde Debate* 2018; 42(spe 3): 172-82. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S313>
21. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 15 dez. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)
22. Paes-Sousa R, Schramm JMA, Mendes LVP. Fiscal austerity and the health sector: the cost of adjustments. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12): 4375-84. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23232019>
23. Doniec K, Dall'Alba R, King L. Brazil's health catastrophe in the making. *Lancet* 2018; 392(10149): 731-2. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30853-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30853-5)
24. Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, Katikireddi SV, Souza FM, Silva AG, et al. Fiscal austerity measures hamper noncommunicable disease control goals in Brazil. *Cien Saude Colet* 2018; 23(10): 3115-22. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>
25. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 2018; 15(5): e1002570. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>
26. Rasella D, Hone T, de Souza LE, Tasca R, Basu S, Millett C. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil. *BMC Med* 2019; 17(1): 82. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1316-7>
27. Vieira FS. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 agenda: high risk of failure. *Rev Saúde Pública*. 2020; 54: 127. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>
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. de Souza LEPE, de Barros RD, Barreto ML, Katikireddi SV, Hone TV, Sousa RP, et al. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. *BMJ Glob Health* 2019; 4(5): e001661. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001661>

30. Doniec K, Dall'Alba R, King L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. *Lancet* 2016; 388(10047): 867-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31428-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31428-3)
31. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Sampling design for the National Health Survey, Brazil 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2015;24(2):207-16. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>
32. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. National Health Survey 2019: history, methods and perspectives. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(5): e2020315. <http://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>
33. Malta DC, Bernal RTI, Iser BPM, Szwarcwald CL, Duncan BB, Schmidt MI. Factors associated with self-reported diabetes according to the 2013 National Health Survey. *Rev Saude Pública* 2017; 51(Suppl 1): 12s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000011>
34. Passos VMA, Champs APS, Teixeira R, Lima-Costa MF, Kirkwood R, Veras R, et al. The burden of disease among Brazilian older adults and the challenge of health polices: results of the Global Burden of Disease Study 2017. *Popul Health Metr* 2020; 18(Suppl 1): 14. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00206-3>
35. Francisco PMSB, Assumpção D, Borim FSA, Senicato C, Malta DC. Prevalence and co-occurrence of modifiable risk factors in adults and older people. *Rev Saude Pública* 2019; 53: 86. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001142>
36. 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 Metr* 2020; 18(Supl 1): 16. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00216-1>
37. Azevedo E Silva G, Giovanella L, de Camargo Jr KR. Brazil's National Health Care System at risk for losing its universal character. *Am J Public Health* 2020; 110(6): 811-2. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305649>
38. Silva AGD, Teixeira RA, Prates EJS, Malta DC. Monitoring and projection of targets for risk and protection factors for coping with noncommunicable diseases in Brazilian capitals. *Cien Saude Colet* 2021; 26(4): 1193-206. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.42322020>
39. Bonadiman CSC, Malta DC, Passos VMA, Naghavi M, Melo APS. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Popul Health Metr* 2020; 18(Suppl 1): 6. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00204-5>
40. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy* 2014; 115(2-3): 111-9. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>
41. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health* 2018; 3(4): e000829. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>
42. Malta DC, Silva AG, Machado ÍE, Sá ACMGN, Santos FM, Prates EJS, et al. Trends in smoking prevalence in all Brazilian capitals between 2006 and 2017. *J Bras Pneumol* 2019; 45(5): e20180384. <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180384>
43. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016 [Internet]. 2020 [acessado em 25 out. 2020]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016#:~:text=Desde%20que%20a%20Emenda%20Constitucional,tam%20diminu%C3%ADdo%20cada%20vez%20mais.&text=Ou%20seja%2C%20um%20encolhimento%20de,bilh%C3%B5es%20nos%20recursos%20em%20sa%C3%BAde>
44. Oliveira MM, Andrade SSCA, Campos MO, Malta DC. Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012. *Cad Saude Pública* 2015; 31(8): 1603-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00165214>
45. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4): 687-707. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>
46. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares SA, Nunes ME, Bagatini T, Marques MC, et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad Saude Pública* 2011; 27(5): 868-76. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500005>
47. Rosenstock IM. The health belief model: explaining health behavior through expetancies. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 1990. p. 39-62.
48. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4): 911-26. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400014>

49. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9): 3755-68. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>
50. Viacava F, Bellido JG. Health, access to services and sources of payment, according to household surveys. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2): 351-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>
51. Lima-Costa MFF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1): 177-86. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100018>
52. 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 Saúde Pública* 2011; 27(1): 57-66. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100006>
53. Malta DC, Bernal RTI, Vieira Neto E, Curci KA, Pasinato MTM, Lisbôa RM, et al. Noncommunicable diseases, risk factors, and protective factors in adults with and without health insurance. *Cien Saude Colet* 2020; 25(8): 2973-83. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.32762018>
54. Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, Aiquoc KM, Souza TA, Barbosa IR. Factors associated with poor access to health services in Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 24: e210004. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>

Recebido em: 16/03/2021

Revisado em: 05/07/2021

Aceito em: 16/07/2021

Preprint em: 09/09/2021

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2913>

**Contribuições dos autores:** Malta, D. C.: Conceituação, Curadoria de Dados, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição, Obtenção de Financiamento, Validação. Gomes, C. S.: Análise formal, Conceituação, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição, Validação. Prates, E. J. S.: Análise Formal, Conceituação, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição, Validação. Santos, F. P.: Conceituação, Escrita – Revisão e Edição, Validação. Almeida, W. S.: Análise formal, Conceituação, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição, Validação. Stopa, S. R.: Conceituação, Escrita – Revisão e Edição, Validação. Pereira, C. A.: Conceituação, Escrita – Revisão e Edição, Validação. Szwarcwald, C. L.: Análise formal, Conceituação, Curadoria de Dados, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição, Validação.

