

Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil

Deborah Carvalho Malta^I, Regina Tomie Ivata Bernal^{II}, Margareth Guimarães Lima^{III}, Silvânia Suely Caribé de Araújo^{IV}, Marta Maria Alves da Silva^V, Maria Imaculada de Fátima Freitas^I, Marilisa Bertí de Azevedo Barros^{III}

^I Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

^V Hospital das Clínicas. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar se sexo, escolaridade e posse de plano de saúde influenciam a utilização de serviços de saúde entre a população adulta brasileira portadora de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

MÉTODOS: Foram analisados dados de inquérito transversal, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Foram comparadas as frequências de uso de serviços na população que referiu pelo menos uma DCNT, com aquelas que não relatam DCNT, segundo sexo, escolaridade, posse de plano de saúde e número de DCNT (1, 2, 3, 4 ou mais). Foram calculadas as prevalências e razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas por sexo, idade e região e respectivos intervalos de confiança de 95%.

RESULTADOS: A presença de doença crônica associou-se ao aumento de internação nos últimos 12 meses, em 1,7 vezes (IC95% 1,53–1,9). Deixar de realizar atividades habituais nas duas últimas semanas por motivo de saúde foi 3,1 vezes maior em portadores de DCNT (IC95% 2,78–3,46), e a prevalência de consulta médica nos últimos 12 meses foi 1,26 vezes maior (IC95% 1,24–1,28). Portadores de DCNT utilizam mais os serviços de saúde, assim como as mulheres, pessoas com maior número de DCNT, com planos de saúde e elevada escolaridade.

CONCLUSÕES: Portadores de DCNT têm maior utilização de serviços de saúde, assim como as mulheres, pessoas com maior número de comorbidades, com planos de saúde e elevada escolaridade.

DESCRIPTORIOS: Doença Crônica, epidemiologia. Serviços de Saúde, utilização. Acesso aos Serviços de Saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Equidade no Acesso. Inquéritos Epidemiológicos.

Correspondência:

Deborah Carvalho Malta
Departamento de Enfermagem
Materno Infantil e Saúde Pública,
Escola de Enfermagem – UFMG
Av. Alfredo Balena, 190,
Santa Efigênia
30130-100 Belo Horizonte,
MG, Brasil
E-mail: dcmalta@uol.com.br

Recebido: 20 jun 2016

Aprovado: 4 jan 2017

Como citar: Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 1:4s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda^{a,b}.

Evidências indicam aumento das DCNT em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco (tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis)^{1,a,b,c}. Assim, a intervenção nos fatores de risco, resultaria em redução do número de mortes em todo o mundo^{a,b,c}.

A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde^{a,b}. Estudos apontam que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças^{2,a}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que as pessoas com DCNT têm sua situação de pobreza agravada, pelos maiores gastos familiares com a doença pela procura de serviços, dentre outros^{2,b}.

Os custos socioeconômicos associados com DCNT têm repercussão na economia dos países, sendo estimados em US\$ 7 trilhões, durante 2011-2025, em países de baixa e média renda^a. Assim, a redução global das DCNT é uma condição necessária para o desenvolvimento do século 21^{2,d,e}.

Esse cenário resultou, em setembro de 2011, no compromisso dos líderes mundiais na Assembleia da ONU em definir ações concretas para o enfrentamento dessas doenças^f. Em 2013, a Assembleia Mundial da Saúde adotou um quadro abrangente de monitoramento global com 25 indicadores e nove metas voluntárias globais para 2025, além de aprovar o Plano de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020^d. Dentre as metas definidas, constam a redução da mortalidade por DCNT em 25%, a redução dos fatores de risco (tabaco, álcool, sal, inatividade física) e o acesso a medicamentos, ao aconselhamento e a tecnologias para tratamento de DCNT^d. O acesso à assistência aos portadores de DCNT, incluindo consultas médicas, cuidados na atenção primária, acesso a medicamentos, testes de laboratório, prática clínica e aconselhamento, resulta em benefícios na assistência aos portadores de DCNT e melhoria da qualidade de vida³.

A OMS destaca que diversas populações em diferentes países do mundo têm dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde, o que constitui a principal barreira para enfrentar as DCNT, em especial para minimizar o sofrimento dos que já se encontram doentes^{4,a,b}. Portanto, o enfrentamento das DCNT passa pela governança e ações e políticas públicas voltadas para a prevenção e redução dos fatores de risco, acesso aos cuidados de saúde, organização da vigilância e monitoramento, além do enfrentamento dos determinantes sociais como a redução da pobreza e da desigualdade social, temas estes que foram incluídos nos desafios do desenvolvimento sustentável^{2,e}.

A utilização de serviços de saúde é maior entre pessoas doentes. Travassos et al.⁵ destacam que os determinantes da utilização dos serviços passam pelas necessidades de saúde, ou a existência da doença, bem como a gravidade e urgência da doença. Outros fatores de procura de serviços seriam características demográficas dos usuários, como idade, sexo, região de moradia dos usuários, situação socioeconômica (escolaridade, renda). Adicionalmente, existem fatores ligados aos prestadores de serviços, como experiência profissional, especialidade, recursos disponíveis, acesso geográfico e social, financiamento dos serviços, seguro de saúde, dentre outros⁵.

Torna-se importante monitorar o acesso e utilização de serviços entre pessoas com DCNT, dada a elevada carga de doença, que ainda tem sido ampliada em virtude

^aWorld Health Organization. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. [citado 2014 nov 3]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

^bWorld Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011 [citado 2014 nov 3]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

^cWorld Health Organization. From burden to "best buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries: executive summary 2011. Geneva: World Health Organization; World Economic Forum; 2011 [citado 2014 nov 3]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary/en/

^dWorld Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva: WHO; 2013 [citado 2014 out 20]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

^eOrganização das Nações Unidas no Brasil – ONU-BR. 17 objetivos para transformar nosso mundo: objetivo 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Brasília (DF); 2015 [citado 2016 jan 5]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>

^fWorld Health Organization. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. In: Sixty-sixth Session of the United Nations General Assembly, Sept 2011, New York. Resolution 66/2. New York: UN; 2011 [citado 2014 nov 3]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf?ua=1

do envelhecimento populacional. O elevado consumo de serviços de saúde requer planejamento dos serviços e adequação das políticas e ofertas. Conhecer essa demanda é essencial⁵⁻⁷.

Em 2013, visando ao monitoramento desses temas, o Brasil realizou a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), domiciliar, de base populacional, incluindo temas como DCNT, acesso e uso de serviços⁸. O questionário da PNS 2013 abrangeu um conjunto mais amplo de DCNT, além daquelas preconizadas pela OMS^b, em função de serem causas de morbidade com elevada magnitude, além da perda de qualidade de vida da população, como os problemas de coluna, artrite, reumatismo, doenças renais crônicas⁸. A PNS 2013 identificou que 45% da população adulta brasileira referiu ter pelo menos uma DCNT, sendo as mais frequentes hipertensão, dor na coluna ou nas costas, diabetes, artrite ou reumatismo, depressão, e bronquite ou asma^{8,g}.

O estudo atual visa analisar se sexo, escolaridade e posse de plano de saúde influenciam a utilização de serviços de saúde entre a população adulta brasileira portadora de DCNT.

MÉTODOS

Foram analisados dados de inquérito transversal, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde e constituindo a mais completa pesquisa de saúde e seus determinantes já realizada no Brasil^{9,10}. Com desenho próprio, a pesquisa coleta informações sobre múltiplos aspectos da saúde.

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, constituídas por setores censitários ou conjuntos de setores censitários (quando esses setores contam poucos domicílios). No segundo estágio, foi selecionado – por amostragem aleatória simples – um número fixo de domicílio em cada UPA, que variou de 10 a 14. Em cada domicílio amostrado, foi selecionado, também por amostragem aleatória simples, um morador com 18 anos ou mais, compondo o terceiro estágio de seleção^{9,10}.

O tamanho de amostra foi calculado em, aproximadamente, 80 mil domicílios, sendo coletadas informações em 62.986 domicílios. No cálculo, foram levados em consideração os valores médios, as variâncias e os efeitos do plano amostral, supondo-se uma taxa de não resposta de 20%^{9,10,g}.

As informações sobre acesso e utilização dos serviços de saúde foram obtidas por meio do informante do domicílio (informante *proxy*), que respondeu sobre uso dos serviços para todos os moradores, sendo coletada informação válida para 205 mil moradores⁸.

Os pesos dos domicílios e de todos os seus moradores foram calculados pelo produto do peso da UPA correspondente e o inverso da probabilidade de seleção do domicílio dentro da UPA. Os pesos foram ajustados para correção de não respostas e para calibrar as estimativas com os totais populacionais conhecidos de outras fontes. A seleção do morador que respondeu à entrevista individual foi feita por amostragem aleatória simples; assim, o peso do morador selecionado foi calculado pelo produto do peso do domicílio pelo número de moradores elegíveis no domicílio (equivalente ao inverso da probabilidade de seleção). Maiores detalhes podem ser lidos em outra publicação⁸.

A coleta dos dados foi realizada com o uso de computadores de mão (*personal digital assistant*), programados para crítica dos valores recebidos. O questionário da PNS se divide em três partes: informações do domicílio; informações de todos os moradores, respondido por um morador (*proxy*); informações sobre o morador selecionado, respondido apenas pelo próprio, sendo adulto com 18 anos ou mais^{9,10,g}.

⁸ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde. Acidentes e Violências. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015. 106 p. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol3/default_microdados.shtm

No módulo referente ao morador selecionado, foram realizadas 60.202 entrevistas com o adulto selecionado no domicílio. O estudo atual analisa informações em relação às DCNT, uma ou mais doenças referidas dentre as seguintes: hipertensão arterial; diabetes; doença do coração; acidente vascular cerebral (AVC); asma; artrite ou reumatismo; Dort (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho); câncer; insuficiência renal crônica; problema crônico de coluna; depressão, outra doença mental; doença no pulmão (enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC). A pergunta se referia ao diagnóstico médico prévio, na maioria das DCNT, exceto no caso da dor crônica de coluna, que foi autodeclarada, e no caso da depressão e saúde mental, que considerou diagnóstico prévio de médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo).

No caso do informante *proxy*, no questionário do domicílio, foram realizadas perguntas e o morador respondeu para todos os moradores do domicílio. As perguntas se referiram a: a) Nas duas últimas semanas, o sr(a) procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde, para atendimento relacionado à saúde (J14)?; b) Nas duas últimas semanas, o sr(a) deixou de realizar qualquer de suas atividades habituais, por motivo de saúde? (J2); c) Quando o sr(a) consultou um médico pela última vez? (J11 = 1 = nos últimos 12 meses); d) Nos últimos 12 meses, o sr(a) ficou internado no hospital por 24 horas ou mais? (J37).

Foram comparadas as frequências de uso de serviços na população que referiu pelo menos uma DCNT com aquelas que não relataram DCNT, segundo sexo, escolaridade, posse de plano de saúde e número de DCNT ou comorbidades (1, 2, 3, 4 ou mais DCNT). Foram calculadas as prevalências e razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas por sexo, idade e região e respectivos intervalos de confiança de 95%.

Por se tratar de dados coletados com desenho complexo de amostragem, a análise estatística foi realizada com aplicativo que leva em consideração o efeito do plano de amostragem e as probabilidades desiguais de seleção. Os dados foram analisados no *software* Stata versão 11.0, por meio do módulo *survey*, que considera efeitos da amostragem complexa^h.

A PNS foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Processo: 328.159, de 26 de junho de 2013). Todos os indivíduos foram consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa.

RESULTADOS

O estudo mostrou que ter referido presença de ao menos uma doença crônica estava associado, para a população adulta brasileira em 2013, ao maior uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas, com 25,6% e 10,8% nos adultos com e sem DCNT, respectivamente (RP ajustada = 2,0; IC95% 1,88–2,18). A presença de doença crônica associou-se a: aumento de internação, de 1,7 vezes nos últimos 12 meses (IC95% 1,53–1,9); deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde, 3,1 vezes maior comparados aos que não relataram DCNT (IC95% 2,78–3,46); e prevalência de consulta médica nos últimos 12 meses, 1,26 vezes maior (IC95% 1,24–1,28) (Tabela 1). O mesmo padrão se repete com RP mais elevada, quando se compara os mesmos indicadores, entre a população com DCNT e sem DCNT, tanto para mulheres quanto para homens. Ou seja, a população com DCNT usa mais o serviço de saúde e deixa com maior frequência de realizar atividades. As mulheres com e sem DCNT, comparadas com os homens com e sem DCNT, têm maior RP para a utilização de serviços de saúde, internação, consulta médica e para deixar de realizar atividades habituais por motivo de saúde.

A Tabela 2 apresenta fortes gradientes de aumento do uso de serviços de saúde com o aumento do número de doenças e as associações são constatadas mesmo na presença de apenas uma DCNT. As associações apresentaram grande magnitude, principalmente considerando o indicador de deixar de realizar atividades por motivos de saúde (RP = 6,62

^h Os microdados são de livre acesso e estão disponíveis em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol3/default_microdados.shtm

comparando quatro doenças ou mais *versus* nenhuma DCNT). O uso de serviços de saúde e a internação nos últimos 12 meses foram, respectivamente, 3,4 e 3,3 vezes maior na presença de quatro ou mais doenças. As associações tendem a ser similares entre homens e mulheres; porém, a associação entre uso de serviços e internação é maior no sexo masculino, na presença de três doenças crônicas.

Em relação à posse de plano de saúde, a prevalência de uso de serviços de saúde foi maior nos indivíduos com DCNT, considerando todos os indicadores utilizados no estudo (Tabela 3). Indivíduos sem posse de plano de saúde, com ou sem DCNT, tiveram menor prevalência de uso de serviços, internação e consulta médica. Para o indicador “deixar de realizar atividades por motivo de saúde”, a prevalência foi 22% maior na população sem plano de saúde, apenas nos indivíduos com DCNT (Tabela 3).

A população portadora de DCNT utiliza mais serviços de saúde do que as sem DCNT em todos os níveis de escolaridade estudados (Tabela 4). Também é possível observar que, comparando o uso de serviço nos níveis extremos de escolaridade (sem instrução/fundamental incompleto com superior completo), aqueles que estudaram menos e com DCNT tiveram maior prevalência de deixar de realizar atividades por motivo de saúde (RP = 1,41; IC95% 1,16–11,72) e menor prevalência de consulta médica nos últimos 12 meses (RP = 0,91; IC95% 0,90–0,94). Pessoas sem DCNT apresentaram prevalências de uso de serviços de saúde e de consulta médica menores no menor nível de escolaridade (RP = 0,81; IC95% 0,69–0,97 e RP = 0,75; IC95% 0,72–0,78, respectivamente).

Tabela 1. Uso de serviços de saúde e deixar de realizar atividades por motivo de saúde na população com e sem DCNT, segundo sexo. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Variável	População com DCNT		População sem DCNT		RP bruta ^a	RP ajustada ^b	IC95%
Total	%		%				
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas	25,64		10,87		2,36	2,02	1,88–2,18
Internação nos últimos 12 meses	9,61		4,91		1,96	1,7	1,53–1,9
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde	12,92		4,06		3,18	3,1	2,78–3,46
Consulta médica nos últimos 12 meses	84,96		65,36		1,3	1,26	1,24–1,28
Sexo Masculino	%	RP ajustada (IC95%) ^c	%	RP ajustada (IC95%) ^c			
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas	20,89	1	8,31	1	2,52	2,1	1,86–2,38
Internação nos últimos 12 meses	8,69	1	3,05	1	2,85	2,14	1,78–2,58
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde	10,73	1	3,63	1	2,95	2,73	2,28–3,27
Consulta médica nos últimos 12 meses	78,69	1	56,96	1	1,38	1,31	1,26–1,35
Sexo Feminino							
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas	28,93	1,38 (1,27–1,51)	13,67	1,65 (1,48–1,84)	2,12	1,96	1,8–2,14
Internação nos últimos 12 meses	10,24	1,18 (1,04–1,34)	6,94	2,28 (1,90–2,74)	1,48	1,5	1,31–1,72
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde	14,45	1,34 (1,20–1,50)	4,53	1,25 (1,04–1,50)	3,19	2,92	2,53–3,38
Consulta médica nos últimos 12 meses	89,31	1,13 (1,11–1,16)	74,51	1,31 (1,27–1,35)	1,2	1,18	1,16–1,2

^a RP bruta, comparando uso de serviços de saúde segundo apresentar ou não doença crônica.

^b RP ajustada por idade e região, comparando uso de serviços de saúde segundo apresentar ou não doença crônica.

^c RP ajustada por idade e região, comparando uso de serviços de saúde segundo sexo.

Tabela 2. Uso de serviços de saúde e deixar de realizar atividades por motivo de saúde segundo o número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Variável	População sem DCNT		População com DCNT – Número de morbidades				Razões de prevalência ^a			
	(0)	1	2	3	4 ou mais	1/0	2/0	3/0	4/0	
Total										
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas (%) J14	10,87	20,06	26,65	37,28	46,56	1,72 (1,58–1,87)	2,17 (1,97–2,39)	2,91 (2,62–3,23)	3,46 (3,09–3,87)	
Internação nos últimos 12 meses (%) J37	4,91	7,15	10,44	13,57	19,30	1,38 (1,20–1,58)	1,94 (1,68–2,24)	2,44 (2,03–2,93)	3,33 (2,75–4,04)	
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde (%) J2	4,06	9,06	13,31	21,16	28,23	2,18 (1,92–2,48)	3,19 (2,79–3,65)	5,03 (4,25–5,95)	6,62 (5,56–7,90)	
Consulta médica nos últimos 12 meses (%) J11 = 01	65,36	79,95	89,15	92,78	96,45	1,19 (1,16–1,21)	1,29 (1,26–1,32)	1,32 (1,28–1,35)	1,33 (1,30–1,37)	
Homem										
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas (%) J14	8,31	16,24	21,69	38,10	43,02	1,79 (1,55–2,07)	2,21 (1,87–2,62)	3,71 (3,09–4,47)	4,00 (3,15–5,07)	
Internação nos últimos 12 meses (%) J37	3,05	6,16	9,55	15,55	23,50	1,71 (1,35–2,15)	2,39 (1,89–3,03)	3,60 (2,65–4,90)	5,18 (3,58–7,49)	
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde (%) J2	3,63	8,31	11,12	17,89	26,00	2,25 (1,83–2,77)	3,05 (2,14–3,84)	4,92 (3,64–6,66)	7,19 (5,09–10,15)	
Consulta médica nos últimos 12 meses (%) J11 = 01	56,96	73,39	84,47	91,15	92,13	1,25 (1,21–1,29)	1,39 (1,33–1,45)	1,47 (1,41–1,54)	1,46 (1,37–1,55)	
Mulher										
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas (%) J14	13,67	23,17	29,97	36,85	47,78	1,66 (1,50–1,84)	2,11 (1,89–2,36)	2,57 (2,26–2,91)	3,29 (2,90–3,73)	
Internação nos últimos 12 meses (%) J37	6,94	7,95	11,03	12,54	17,87	1,20 (1,01–1,43)	1,73 (1,45–2,06)	2,00 (1,58–2,53)	2,89 (2,32–3,62)	
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde (%) J2	4,53	9,67	14,77	22,86	28,99	2,13 (1,80–2,52)	3,26 (2,75–3,86)	5,06 (4,14–6,20)	6,46 (5,26–7,93)	
Consulta médica nos últimos 12 meses (%) J11 = 01	74,51	85,27	92,27	93,63	97,93	1,14 (1,11–1,17)	1,23 (1,20–1,25)	1,24 (1,20–1,28)	1,29 (1,26–1,32)	

^a RP ajustada por idade, sexo e região.

Tabela 3. Uso de serviços de saúde e deixar de realizar atividades por motivo de saúde segundo posse de plano de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Variável	População com DCNT		População sem DCNT		RP bruta ^a	RP ajustada ^b	IC95%
	%	RP (IC95%) ^c	%	RP (IC95%) ^c			
Com plano de saúde							
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas	29,91	1	13,95	1	2,14	1,93	1,70–2,18
Internação nos últimos 12 meses	10,87	1	6,03	1	1,80	1,54	1,22–1,93
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde	10,98	1	4,21	1	2,61	2,47	1,98–3,07
Consulta médica nos últimos 12 meses	93,40	1	82,20	1	1,14	1,11	1,09–1,14
Sem plano de saúde							
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas	24,10	0,86 (0,79–0,93)	9,96	0,76 (0,67–0,86)	2,42	2,06	1,88–2,25
Internação nos últimos 12 meses	9,15	0,85 (0,74–0,98)	4,58	0,76 (0,63–0,91)	2,00	1,76	1,56–1,99
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde	13,62	1,22 (1,07–1,40)	4,02	0,91 (0,73–1,12)	3,39	2,93	2,58–3,32
Consulta médica nos últimos 12 meses	81,93	0,90 (0,89–0,91)	60,36	0,76 (0,74–0,78)	1,36	1,28	1,25–1,31

^a RP bruta, comparando uso de serviços de saúde segundo apresentar ou não doença crônica.

^b RP ajustada por idade, sexo e região, comparando uso de serviços de saúde segundo apresentar ou não doença crônica.

^c RP ajustada por idade, sexo e região, comparando uso de serviços de saúde segundo posse de plano de saúde.

Tabela 4. Uso de serviços de saúde e deixar de realizar atividades por motivo de saúde segundo escolaridade. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Variável	População com DCNT		População sem DCNT		RP bruta ^a	RP ajustada ^b
	%	RP (IC95%) ^c	%	RP (IC95%) ^c		
Sem instrução/Fundamental incompleto						
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas	26,28	0,91 (0,81–1,03)	10,50	0,81 (0,69–0,97)	2,50	2,28 (2,03–2,57)
Internação nos últimos 12 meses	10,63	1,04 (0,85–1,28)	5,08	1,22 (0,94–1,59)	2,09	2,05 (1,74–2,43)
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde	15,09	1,41 (1,16–1,72)	4,96	1,19 (0,89–1,59)	3,04	2,95 (2,46–3,55)
Consulta médica nos últimos 12 meses (%) J11 = 01	84,42	0,91 (0,90–0,94)	56,55	0,75 (0,72–0,78)	1,49	1,43 (1,38–1,48)
Fundamental completo/Médio incompleto						
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas (%) J14	23,13	0,86 (0,74–1,00)	9,91	0,82 (0,68–0,99)	2,33	2,18 (1,86–1,48)
Internação nos últimos 12 meses (%) J37	8,73	0,96 (0,74–1,23)	4,81	1,10 (0,83–1,46)	1,82	1,63 (1,26–2,11)
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde (%) J2	11,86	1,20 (0,95–1,52)	3,62	0,85 (0,63–1,15)	3,28	3,22 (2,48–4,19)
Consulta médica nos últimos 12 meses (%) J11 = 01	83,23	0,93 (0,90–0,96)	63,08	0,85 (0,81–0,88)	1,32	1,26 (1,21–1,32)
Médio completo/Superior incompleto						
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas (%) J14	24,75	0,94 (0,82–1,07)	10,62	0,85 (0,73–0,98)	2,33	2,21 (1,96–2,49)
Internação nos últimos 12 meses (%) J37	8,36	0,95 (0,75–1,21)	4,90	1,07 (0,83–1,39)	1,71	1,58 (1,30–1,92)
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde (%) J2	10,88	1,12 (0,91–1,38)	3,49	0,82 (0,65–1,04)	3,12	3,00 (2,49–3,61)
Consulta médica nos últimos 12 meses (%) J11 = 01	84,08	0,95 (0,92–0,97)	68,73	0,90 (0,87–0,93)	1,22	1,20 (1,16–1,23)
Superior completo						
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas (%)	27,84	1	13,74	1	2,03	1,99 (1,71–2,32)
Internação nos últimos 12 meses (%)	9,15	1	4,70	1	1,95	1,91 (1,44–2,54)
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde (%)	9,83	1	4,17	1	2,36	2,36 (1,80–3,09)
Consulta médica nos últimos 12 meses (%)	91,04	1	79,21	1	1,15	1,14 (1,11–1,18)

^a RP bruta, comparando uso de serviços de saúde segundo apresentar ou não doença crônica.

^b RP ajustada por idade, sexo e região, comparando uso de serviços de saúde segundo apresentar ou não doença crônica.

^c RP ajustada por idade, sexo e região, comparando uso de serviços de saúde segundo nível de escolaridade.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que, dos 45% de adultos que relataram DCNT, um quarto usou serviços de saúde nas duas últimas semanas. Pessoas com DCNT usam duas vezes mais os serviços comparado com os adultos sem DCNT. Os portadores de DCNT relataram mais internação, deixaram de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde e realizaram mais consultas médicas nos últimos 12 meses. A população com DCNT em ambos os sexos usa mais serviços de saúde comparada com a população sem DCNT. O estudo também identificou que as mulheres usam mais os serviços, tanto em consultas quanto em internações, e relatam com maior frequência deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas por motivo de saúde. Aumentou a procura de serviços de saúde com o aumento das comorbidades. O consumo de serviços de saúde segundo escolaridade mostrou que aqueles que estudaram menos e têm DCNT tiveram maior prevalência de internação nos últimos 12 meses, maior prevalência de deixar de realizar atividades por motivo de saúde e maior prevalência de consulta médica nos últimos 12 meses. Aqueles sem posse de plano de saúde com ou sem DCNT tiveram menor prevalência de uso de serviços, internação e consulta médica, comparado àqueles com planos de saúde.

Usuários com DCNT

Os usuários portadores de DCNT tiveram maior uso dos serviços de saúde, ou seja, a necessidade sentida pelo usuário é o maior motivador para a procura e utilização dos serviços de saúde. Isso pode ser explicado por demandas de consulta de rotina ou intercorrência, maior comorbidade e também por outras doenças ou agravos^{2,10i}. De fato, a utilização do serviço é

ⁱ Cesar CLG, Goldbaum M. Uso de serviços de saúde. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, 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: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005. p.185-98.

determinada pela necessidade percebida pelo usuário, resultante da sua situação de saúde e do conhecimento prévio de sua doença ou condição de saúde^{11,12}. Destaca-se a relação causal entre doença e a utilização de serviços de saúde, sendo a doença a responsável direta pelo consumo de serviços de saúde^{6,7,12}.

Estudo analisando dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios em 2003 e 2008 indicam que indivíduos portadores de doenças crônicas procuram mais serviços de saúde¹³. A PNS confirmou que a maior motivação para o uso de serviços está associada à presença de doenças. Assim, torna-se importante monitorar o uso de serviços nessa população, visando a estabelecer estratégias para adequar a demanda e o consumo de serviços¹³.

Travassos et al.⁵ consideram que o fato de o usuário se sentir suscetível a um determinado problema de saúde é um importante motivador para consumo de serviços. Autores enfatizam que a gravidade da doença e a crença nos benefícios advindos com o tratamento ou ação preventiva são elementos importantes para o uso de serviços de saúde^{5,14}. Segundo Travassos et al.⁵, isso decorre da percepção subjetiva do risco de ter doença e da percepção da gravidade percebida, além dos sentimentos e preocupações com relação a consequências da doença, como morte, dor ou incapacidade, bem como piores condições de vida.

Número de DCNT

A PNS também identificou aumento do uso de serviços conforme o aumento do número de DCNT ou comorbidades, o que pode estar relacionado à maior percepção da gravidade da doença, dos seus riscos e de ameaça à saúde⁵.

Sexo

As características sociodemográficas dos usuários estão entre os determinantes do uso dos serviços de saúde. O estudo identificou que as mulheres usam mais os serviços, tanto em consultas quanto em internações, e relatam mais limitações em decorrência da DCNT. Esse maior consumo já tem sido identificado por outros autores^{5,13,15}, que tem atribuído esse uso à maior percepção da mulher aos sintomas e sinais das doenças e, conseqüentemente, maior procura dos serviços, médicos, exames, práticas de promoção e prevenção. Mulheres não portadoras de DCNT também têm uma utilização elevada de serviços de saúde, devido às práticas de promoção, a outras doenças agudas e ao pré-natal^{5,13,15}.

Plano de Saúde

Indivíduos com posse de plano de saúde com e sem DCNT tiveram maior uso de serviços, internação e consulta médica. 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 de uso de serviços nas últimas duas semanas, bem como menores proporções de restrição de atividades, em comparação ao segmento social que não dispõe de plano de saúde^{13,16}.

Estudos comparando usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS) com beneficiários da saúde suplementar observaram menores frequências de realização de consultas médicas e exames de rastreamento no primeiro grupo¹⁷⁻¹⁹. A utilização média de usuários da saúde suplementar é de 5,1 consultas por beneficiário de planos por ano¹, cerca do dobro do parâmetro de consultas por ano previstos para a população geral (2 a 3 consultas por habitante/ano)^{k,l,m}. O SUS tem como princípios acesso universal, integralidade e equidade, o que garante o uso e acesso de serviços pela população com menor escolaridade, renda e sem planos de saúde. Entretanto, permanecem diferenças no uso de serviços que beneficiam quem tem planos. A população com planos de saúde também pode ter maior oportunidade de acesso aos serviços, por acessar tanto os serviços do SUS quanto os da saúde suplementar²⁰.

¹Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Guia de Saúde Suplementar. São Paulo: IESS; 2013 [citado 2017 jan 24]. Disponível em: http://www.iess.org.br/guia_iess_tela.pdf

^kMinistério da Saúde (BR). Portaria nº 3.295, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. Brasília (DF); 1998 [citado 2017 jan 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3295_13_11_1998_rep.html

^lMinistério da Saúde (BR). Programa de Atenção Básica. Portaria nº 832 de 28 de junho de 1999. Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica à Saúde, quanto aos resultados a serem alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica – PAB, conforme expresso na Norma Operacional Básica do SUS 01/96 e no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 29 jun 1999. DO 122-E.

^mMinistério da Saúde (BR). Programa de Atenção Básica. Portaria nº12 de 07 de janeiro de 2000. Dá continuidade ao processo de avaliação da Atenção Básica, estabelecido pela Portaria GM/MS n.º 3.925, de 13 de novembro de 1998 e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 12 jan 2000. DO 8-E.

Escolaridade

Estudos realizados em países desenvolvidos encontraram maior prevalência de DCNT em populações menos escolarizadas^{13,17}. No Brasil, muitas doenças crônicas apresentam gradiente social que cresce na direção dos segmentos socialmente mais vulneráveis, como observado neste estudo. As duas edições da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD 2003 e 2008)¹³ encontraram menor utilização de serviços de saúde e menor proporção de consultas médicas em população de menor escolaridade. Esse padrão persistiu no atual estudo. Usuários com DCNT e maior escolaridade usaram mais serviços, comparados com os menos escolarizados. Destacamos a iniquidade na ocorrência de DCNT na população sem planos, que apresentou maior grau de limitação na realização das atividades nas duas semanas anteriores, por motivo de saúde.

Dentre as limitações do estudo, o delineamento transversal, embora vantajoso em função da rapidez e baixo custo, agrega desvantagens inerentes ao estudo, como a possibilidade de causalidade reversa. O uso de diagnóstico autorreferido também está sujeito ao acesso aos serviços de saúde. Além disso, este estudo utilizou dois diferentes módulos da PNS, o morador sorteado respondeu sobre as DCNT autorreferidas e o módulo de utilização dos serviços de saúde (módulo J) foi respondido por um dos moradores, não necessariamente o morador sorteado, podendo enviesar as prevalências apresentadas.

CONCLUSÕES

Portadores de DCNT têm maior utilização de serviços de saúde, assim como as mulheres, pessoas com maior número de comorbidades, com planos de saúde e elevada escolaridade.

O investimento em sistemas de saúde é crítico para melhorar os resultados de DCNT, 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^{a,b,d}. Os indicadores de utilização dos serviços de saúde são importantes para avaliação da qualidade da atenção à saúde, no acesso e utilização dos serviços dos diferentes segmentos da população. Conhecer como portadores de DCNT utilizam os serviços de saúde é fundamental para reduzir barreiras de acesso e orientar políticas de saúde, provendo equidade no acesso aos recursos, além de orientar o desenho de políticas de redução de vulnerabilidades^d.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9).
2. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370(9603):1929-38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61696-1).
3. Cameron A, Roubos I, Ewen M, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Laing RO. Differences in the availability of medicines for chronic and acute conditions in the public and private sectors of developing countries. *Bull World Health Organ*. 2011;89(6):412-21. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.084327>.
4. Bonita R, Magnusson R, Bovet P, Zhao D, Malta DC, Geneau R, et al. Action Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. *Lancet*. 2013;381:575-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61993-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61993-X).
5. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Supl 2:S190-8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.
6. 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.

7. 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>.
8. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18 Supl 2:3-16. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>.
9. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Sampling design for the National Health Survey, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):207-16.
10. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cienc Saude Coletiva*. 2014;19(2):333-42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>.
11. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde. *Sao Paulo Perspec*. 2008;22(2):19-29.
12. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. In: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editors. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Transaction Publishers; 1994. p.27-64. (Social Institutions and Social Change Series).
13. 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>.
14. Rosenstock IM. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Levis FM, Rimer BK, editors. Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1990. p.39-62.
15. 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>.
16. 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>.
17. 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 Saude Publica*. 2002;18(1):177-86. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100018>.
18. 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>.
19. 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>.
20. Castanheira CHC, Pimenta AM, Lana FCF, Malta DC. Utilization of public and private health services by the population of Belo Horizonte. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17 Supl 1:256-66. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050020>.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo 307865/2014-2 – bolsas de produtividade à DCM).

Contribuição dos Autores: Concepção do estudo, primeira redação 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, revisão crítica do texto: RTIB. Concepção do estudo, revisão de literatura, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito: MGL, MBAB. Análise dos dados, revisão crítica do manuscrito: MMAS, MIFF. Todos os autores aprovaram sua versão final e assumem a responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.