

MIRIAN MARTINS RIBEIRO

**Utilização de Serviços de Saúde no Brasil: Uma
Investigação do Padrão Etário por Sexo e Cobertura por
Plano de Saúde**

**Belo Horizonte, MG
UFMG / CEDEPLAR
2005**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MIRIAN MARTINS RIBEIRO

Utilização de Serviços de Saúde no Brasil: Uma Investigação do Padrão Etário por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Demografia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ignez Helena O. Perpétuo

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Viegas Andrade

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG
2005

AGRADECIMENTOS

Esse é um espaço que reservo para expressar toda minha gratidão às pessoas que fizeram e fazem a maior diferença, não somente para esse trabalho, mas para a minha vida. Agradeço...

Aos meus pais, Jacob e Fátima, pelo o apoio incondicional que deles recebi. Que eles saibam o quão importante foi ter compreensão e aprovação para as decisões que tomei na vida. Aos meus irmãos, pelo carinho, a compreensão e a paciência em me ouvir, tanto nos momentos de euforia quanto naqueles de hesitação.

Às minhas orientadoras, Ignez e Mônica. À Ignez pela disponibilidade para conversar, aconselhar, discutir o trabalho em qualquer momento, inclusive nos fins de semana, agradeço pelas palavras de estímulo, pela preocupação com os rumos da minha vida profissional. À Mônica por todo empenho, compromisso, transmissão de ânimo e otimismo. Esse tempo que as tive por perto foi muito especial e me ajudou a definir meu caminho na economia e na demografia. Foi uma convivência muito, muito, muito especial.

À Virgínia e ao Daniel, meus inseparáveis, confidentes, fiéis e eternos amigos. Ao Fábio Ossamu, que conseguiu transmitir apoio, mesmo estando longe.

A todos os professores do CEDEPLAR, especialmente ao José Alberto, com seus valiosos ensinamentos, ao André Junqueira, sempre tão solícito. Ao professor Roberto, pela paciência, profissionalismo e preocupação com seus alunos. À Carla Jorge, à quem devo expressar minha gratidão, amizade e admiração por sua competência, inteligência, perspicácia e dedicação.

À minha querida turma, a coorte de 2003. Quero expressar minha felicidade por ter tido a oportunidade de encontrar, em alguns casos reencontrar, pessoas como vocês, tão diferentes uma das outras, cada qual com características tão específicas, que me fazem entender que é exatamente essa diversidade que nos faz aprender e crescer. Admiro e agradeço a cada um de vocês: à Radoyka pela atenção, à Marcy pelo carinho, à Alexandar por ter permanecido sempre por perto, à Renata a quem admiro pela espontaneidade e autenticidade, ao Lucas pelo

bom humor e carinho com os amigos, a Elisenda pela sutileza e graciosidade. Ao Helder, pela sua sensibilidade em ouvir atentamente e prudência ao expressar conselhos e opiniões. À Cláudia Koeppel pelo apoio, troca de bibliografia, bom humor e animação que a levaram a organizar todas as festas e reuniões da turma. À Marisa, Marisinha, com aquele jeitinho meigo, delicado combinados com sua sensatez. Ao Bessa pelas palavras de carinho e pelos ensinamentos sobre o incrível continente Africano. À Ana Paula Viegas, pela disponibilidade para dividir conhecimento e material, agradeço imensamente pela ajuda nas aulas de estatística.

Um agradecimento todo especial dedico às minhas grandes amigas, que estiveram presentes nos doces momentos e nas horas difíceis também. À Maria Elizete, a quem sou grata por ter me dado o privilégio de ter me tornado sua amiga, pois admiro sua descrição, bom senso, que a tornam uma pessoa tão confiável, tão sensível e tão especial. À Laura, minha grande amiga, a quem sempre recorro, na certeza de encontrar acolhimento, ajuda e compreensão. Agradeço sua importante participação nesse trabalho e todas as outras etapas do curso e da minha vida. À Claudinha Cristina, com quem compartilhei o fechamento desse trabalho e pude dividir minhas ansiedades e planos, agradeço pela ajuda e incentivo. À Elisângela (Elis) e Clarissa (Calissa), minhas irmãzinhas cajazeiras desde os tempos de estágio.

Quero expressar meu carinho e agradecimento aos amigos da Demografia de outras coortes: ao Nelson, meu amigo desde a graduação, que me apoiou desde o momento em que resolvi tentar o mestrado; ao Edwan, ao Julio, à Carol, à Mirela, à Luciana e à Ana Paula. Também aos amigos da Economia: Gustavo, Mariângela (florzinha), Paulo e Éber. Em especial, quero agradecer ao Heder, de quem me tornei amiga, por quem guardo uma enorme admiração profissional e pessoal. À Daniela, por toda ajuda na pesquisa e na elaboração do trabalho, além de todo carinho, otimismo e compreensão. Ao Rubens, pela suas pacientes e incansáveis explicações na pesquisa da ‘Sabesprev’. À Kenya, por quem tenho uma grande confiança e admiração profissional, a quem eu recorri e recorro nos momentos em que necessito de ajuda.

À todos os funcionários do CEDEPLAR, em especial: ao pessoal da biblioteca, principalmente à Mirtes, Consola, Maria Célia e Ricardo; ao pessoal do Laboratório, Gustavo, Luiz, Neilton, Neilson; à Katia, à Edna, à Lucília, à Cleuza, à Amália e à Cecília.

Às participantes da banca, professora Carla Jorge Machado e professora Eli Iola Gurgel Andrade, pelos comentários e sugestões que contribuíram muito para o trabalho.

Enfim, quero dizer que sou grata a todos por terem contribuído para esses doces anos de curso.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS.....	VII
ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS.....	IX
RESUMO.....	XI
ABSTRACT	XII
1. INTRODUÇÃO	1
2. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	3
2.1. Determinantes de Utilização de Serviços de Saúde	3
2.2. Utilização de Serviços de Saúde por Idade e Sexo: Evidências Empíricas.....	7
2.3. Evidências Empíricas de Diferenciais de Utilização de Serviços de Saúde Segundo Cobertura por Plano de Saúde	10
3. O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	14
3.1. Sistema Público – Sistema Único de Saúde (SUS)	14
3.2. Sistema Privado – A Medicina Suplementar	18
3.3. Considerações Sobre o Sistema de Saúde Brasileiro	22
4. FONTE DE DADOS E METODOLOGIA	24
4.1 Fonte de Dados	24
4.2. Variáveis Seleccionadas e Tratamento dos Dados	25
4.3. Caracterização da População em Estudo	28
4.4. Medidas de Utilização de Serviços de Saúde	29
4.5. Definição dos Grupos Etários.....	32
5. A POPULAÇÃO EM ESTUDO: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E DO ESTADO DE SAÚDE.....	36
5.1. Cobertura por Plano de Saúde e Estrutura Etária	36
5.2. Estado de Saúde.....	38
6. PADRÕES ETÁRIOS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, POR SEXO E COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE.....	42
6.1. Serviços Ambulatoriais	42
6.2.1. Taxas de Utilização de Consultas.....	43
6.2.2. Frequência de Consultas entre Usuários.....	45

6.2.3. Volume de Consultas Utilizadas	46
6.2.4. Discussão	48
6.3. Serviços Hospitalares	51
6.3.1. Taxas de Utilização de Internações	51
6.3.2. Frequência de Internações entre Usuários	54
6.3.3. Volume de Internações Utilizadas	55
6.3.4. Caracterização das Internações	57
6.3.5. Discussão	62
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXO I. ANÁLISE DOS DADOS EXCLUÍDOS E DO TRATAMENTO DOS DADOS	77
ANEXO II. TABELAS – SERVIÇOS AMBULATORIAIS.....	81
ANEXO III. TABELAS – SERVIÇOS HOSPITALARES	83

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Brasil, 1998 – Proporção da População com Cobertura de Pelo Menos Um Plano ou Seguro de Saúde, por Idade e Sexo	37
FIGURA 2: Brasil, 1998 – Distribuição Etária por Sexo, Segundo Cobertura de Plano de Saúde (%)	37
FIGURA 3: Brasil, 1998 – Proporção de Pessoas com Declaração de Estado de Saúde “Ruim” ou “Muito Ruim” e Proporção de Pessoas com Doença Crônica, por Idade e Sexo.....	39
FIGURA 4: Brasil, 1998 – Proporção de Pessoas com Declaração de Estado de Saúde “Ruim” ou “Muito Ruim”, por Idade e Cobertura por Plano de Saúde, Segundo o Sexo	39
FIGURA 5: Brasil, 1998 – Proporção de Pessoas que Declarou Ter Pelo Menos Uma Doença Crônica, por Idade e Cobertura por Plano de Saúde, Segundo o Sexo	40
FIGURA 6: Brasil, 1998 – Distribuição Etária da População Com Pelo Menos uma Doença Crônica, por Cobertura por Plano de Saúde	40
FIGURA 7: Brasil, 1998 – Distribuição Etária da População com Declaração do Estado de Saúde “Ruim” ou “Muito Ruim”, por Cobertura por Plano de Saúde	41
FIGURA 8: Brasil, 1998 – Brasil: Taxas Específicas de Utilização de Consultas por Idade ($nTEC_x$) (por 100), por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde	44
FIGURA 9: Brasil, 1998 – Número Médio Anual de Consultas por Pessoa entre Usuários, por Idade ($nNMC^u_x$), Sexo e Cobertura por Plano de Saúde.....	46
FIGURA 10: Brasil, 1998 – Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, por Idade ($nNMC_x$), Sexo e Cobertura por Plano de Saúde.....	48
FIGURA 11: Brasil, 1998 – Taxas Específicas de Internação, por Idade ($nTEI_x$) (por 100), Sexo Cobertura por Plano de Saúde	53
FIGURA 12: Brasil, 1998 – Número Médio Anual de Internações (por 100 pessoas) entre Usuários, por Idade ($nNMI^u_x$), Sexo e Cobertura por Plano de Saúde	55
FIGURA 13: Brasil, 1998 – Número Médio Anual de Internações (por 100 Pessoas), por Idade ($nNMI_x$), Sexo e Cobertura por Plano de Saúde	57
FIGURA 14: Brasil, 1998 – Tempo Médio por Internação (Dias) (TMP), por Sexo, Tipo de Atendimento Principal Recebido e Cobertura por Plano de Saúde	59

FIGURA 15: Brasil, 1998 – Distribuição % das Internações, por Sexo, Tipo de Atendimento Recebido e Cobertura por Plano de Saúde	59
FIGURA 16: Brasil, 1998 – Distribuição % das Internações, por Idade, Sexo, Tipo de Atendimento Principal Recebido e Cobertura por Plano de Saúde.....	60
FIGURA 17: Brasil, 1998 – Tempo Médio de Permanência por Internação (Dias), por Idade (nTMPx), Sexo e Cobertura por Plano de Saúde	61
FIGURA 22: Brasil, 1998 – População com Plano de Saúde: Distribuição % Estado de Saúde Auto-Declarado, Segundo Titularidade e Condição do Dependente em Relação ao Titular	80

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

QUADROS

QUADRO 1: Mensuração de Risco em 10 países – Variáveis mais Usadas	6
QUADRO 2: Taxa de Utilização de Consultas (por 100), por Idade Simples, e Grupos Etários Construídos.....	34
QUADRO 3: Taxa de Utilização de Internações (por 100), por Idade Simples, e Grupos Etários Construídos	35

TABELAS

TABELA 1: Parâmetros Assistenciais do SUS e sua Comparação com Variações Observadas entre as Regiões Brasileiras.....	17
TABELA 2: Brasil 1998 – Distribuição da População em Estudo, por Cobertura de Plano de Saúde e Condição dos Dependentes em Relação ao Titular.....	28
TABELA 3: Brasil, 1998 – Taxa Total de Utilização de Consultas (TTC) (por 100), por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde	43
TABELA 4: Brasil, 1998 – Brasil: Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, entre Usuários (NMC ^u).....	45
TABELA 5: Brasil, 1998 – Brasil: Número Médio Anual de Consultas por Pessoa (NMC) ...	47
TABELA 6: Média anual de consultas, por pessoa, para diversos países.....	50
TABELA 7: Percentual de pessoas com uso de consultas, em um ano, para diversos países...	50
TABELA 8: Brasil, 1998 – Taxas de Utilização de Internações (TTI) (por 100), por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde	52
TABELA 9: Brasil, 1998 – Número Médio Anual de Internação, por 100 Pessoas, entre Usuários (NMI ^u), por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde	54
TABELA 10: Brasil, 1998 – Número Médio Anual de Internação, por 100 Pessoas (NMI), por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde	56
TABELA 11: Brasil 1998, População Sem Plano de Saúde – Taxas Específicas de Consultas por Idade (_n TEC _x) (por 100), Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, entre	

Usuários, por Idade (${}_n\text{NMC}_x^u$) e Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, por Idade (${}_n\text{NMC}_x$), Segundo o Sexo.....	81
TABELA 12: Brasil 1998, População Com Plano de Saúde – Taxas Específicas de Consultas por Idade (${}_n\text{TEC}_x$) (por 100), Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, entre Usuários, por Idade (${}_n\text{NMC}_x^u$) e Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, por Idade (${}_n\text{NMC}_x$), Segundo o Sexo.....	82
TABELA 13: Brasil 1998, População Sem Plano de Saúde – Taxa Específica de Internação por Idade (${}_n\text{TEI}_x$) (por 100), Número Médio Anual de Internações por Pessoa, por Idade, entre Usuários (${}_n\text{NMI}_x^u$), Número Médio Anual de Internações por Pessoa, por Idade (${}_n\text{NMI}_x$), Segundo o Sexo	83
TABELA 14: Brasil 1998, População Com Plano de Saúde – Taxa Específica de Internação por Idade (${}_n\text{TEI}_x$) (por 100), Número Médio Anual de Internações por Pessoa, por Idade, entre Usuários (${}_n\text{NMI}_x^u$), Número Médio Anual de Internações por Pessoa, por Idade (${}_n\text{NMI}_x$), Segundo o Sexo	84
TABELA 15: Brasil 1998, População Sem Plano – Distribuição % das Internações por Idade e Sexo, Segundo Principal Atendimento Recebido.....	85
TABELA 16: Brasil 1998, População Com Plano – Distribuição % das Internações por Idade e Sexo, Segundo Principal Atendimento Recebido	85
TABELA 17: Brasil 1998, Mulheres – Distribuição % das Internações por Idade e Principal Atendimento Recebido, Excluídas as Internações por Parto, Segundo a Cobertura por Plano de Saúde	86
TABELA 18: Brasil 1998 – Tempo Médio de Permanência por Internação (Dias), por Idade e Sexo, Segundo a Cobertura por Plano de Saúde	86

RESUMO

Esse trabalho investiga os padrões etários de utilização de serviços de saúde, por sexo e cobertura por plano ou seguro de saúde, a partir de dados do Suplemento Saúde, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD-98). Pretende, assim, contribuir para discussão de parâmetros assistenciais mais adequados para a programação da assistência no sistema público e para a regulação do mercado de planos de saúde.

Seus resultados indicam que mulheres e homens possuem diferentes padrões etários de utilização de serviços de saúde. No caso das internações, essas diferenças, são causadas, principalmente, por diferenças nas taxas de internações por motivo de parto. Embora as mulheres e a população com plano de saúde tenham maiores riscos de se internarem, os homens e a pessoas sem plano se hospitalizam com maior frequência, além de apresentarem maiores tempos de permanência hospitalar. Os resultados mostram uma menor cobertura assistencial do sistema público que do privado. Os padrões etários de utilização encontrados indicam que as faixas etárias estabelecidas pela regulação do mercado de planos de saúde não são adequadas à segmentação do risco, pois agrupa idades com diferentes níveis de utilização de serviços de saúde.

ABSTRACT

This work investigates the age patterns of health services utilization, by sex and health insurance coverage in Brazil, using data from the Health Supplement, of National Household Survey 1998 (PNAD-98). Thus, it is intended to contribute to the discussion of assistance parameters which are most adequate for public health system assistance program e for regulation of health insurance market.

The results indicate that women and men have different age patterns of health services utilization. In the case of inpatient, these differences are originated, mainly, by female hospitalization rates by birth delivery. Despite the fact that women and the population with health insurance have higher risks of hospitalization, men and the population without insurance are hospitalized more often during the year, and also remain hospitalize longer. The results show lower assistance coverage of public health system. The utilization patterns found indicate that the age groups established by regulation of health insurance market do not fit to risk segmentation, because they gather ages with different levels of health services utilization.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem havido uma preocupação crescente com as questões relacionadas ao cuidado com saúde, devido à elevação dos gastos com saúde. Parte significativa desta variação de gastos é explicada pela utilização de serviços de saúde. Essa utilização é determinada pela necessidade do indivíduo de cuidado médico-hospitalar, cuja satisfação depende da oferta de serviços de saúde.

Os principais fatores relacionados à oferta são a disponibilidade, acessibilidade, quantidade, qualidade e financiamento de recursos humanos e tecnológicos voltados para a assistência à saúde, que podem tanto restringir como induzir a demanda.

No nível do indivíduo, características biológicas, sócioeconômicas e demográficas determinam a necessidade. Dentre essas características, as variáveis demográficas idade e sexo têm sido as mais usadas para estimar utilização de serviços de saúde. A idade está associada com o estoque de saúde e com a morbidade e, conseqüentemente, com a necessidade de assistência médica. À variável sexo estão associadas, principalmente, diferenças biológicas, fatores de risco e características sócio-culturais, que explicam variações na incidência de doenças e na sua percepção. Além da influência na necessidade, essas são as características observáveis e com informação facilmente disponível.

No mercado de saúde brasileiro, que é caracterizado pela presença de financiamento e provisão públicos e privados da assistência, as informações sobre o padrão de uso serviços de saúde, por idade e sexo, têm sido pouco usadas para a programação e regulação da oferta de assistência à saúde.

De fato, no Sistema Único de Saúde (SUS), a distribuição dos recursos e a programação da assistência têm-se pautado por parâmetros que não consideram atributos básicos de risco, como idade e sexo, baseando-se em critérios *per capita* para a distribuição de recursos. No mercado de planos e seguros privados de saúde, a distribuição etária para discriminação de preços prevista pela regulação não parece adequada à segmentação de risco associado à idade.

Nesse contexto, esse trabalho investiga os padrões etários de utilização de serviços de saúde, por sexo e condição de cobertura por plano ou seguro de saúde, com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD-98), que contempla inquéritos sobre morbidade, acesso, utilização de serviços de saúde e cobertura por plano ou seguro de saúde.

O objetivo é identificar e comparar a estrutura e o nível de utilização de serviços, por idade, para homens e mulheres, pessoas com e sem plano de saúde. A comparação por cobertura de plano de saúde é relevante, uma vez que cada tipo de sistema de saúde assume características diferenciadas em relação à oferta, o que influencia a utilização de serviços médico-hospitalares. São investigados dois grupos de serviços de saúde: ambulatoriais, representados por consultas médicas, e hospitalares, representados por internações. Através desses padrões etários pretende-se contribuir para discussão dos parâmetros de cobertura adotados para a programação da assistência do SUS e da regulamentação das faixas etárias estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde – ANS.

Esta dissertação é constituída de 7 capítulos, incluindo essa introdução. O capítulo 2 apresenta a revisão bibliográfica sobre os determinantes da utilização de serviços de saúde, com ênfase nos fatores idade, sexo e cobertura por plano de saúde. No Capítulo 3, é realizada uma breve revisão bibliográfica sobre o sistema de saúde no Brasil. São ressaltadas as principais características do SUS e da medicina suplementar, com respeito à organização da oferta e regulação da assistência, identificando em que medida cada sistema incorpora os atributos de risco idade e sexo. No Capítulo 4, são descritas a fonte de dados e os aspectos metodológicos. No capítulo 5, é realizada uma caracterização sócio-demográfica e do estado de saúde da população em estudo. No capítulo 6, os resultados são apresentados e discutidos. Finalmente, no Capítulo 7, são apresentadas as considerações finais.

2. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A utilização dos serviços de saúde é o resultado de um processo no qual a necessidade do indivíduo e a sua decisão de buscar cuidado médico-hospitalar são atendidas (ANDERSEN, 1978). Esse processo é determinado por fatores associados, principalmente, às características dos indivíduos, do sistema de saúde e ao padrão de prática médica (ANDERSEN, 1968, citado por SAWYER et al. 2002; PHILLIPS, 1998; SASSI E BÉRIA, 2001).

Esse capítulo, que se encontra dividido em três seções, apresenta uma breve revisão bibliográfica dos principais determinantes da utilização de serviços de saúde, com o objetivo de contextualizar e justificar os fatores investigados nessa dissertação. Na primeira seção, são apresentados os principais determinantes da utilização de serviços de saúde do nível do indivíduo. Em seguida, são destacadas as evidências empíricas sobre os diferenciais, segundo idade e sexo, para vários países, incluindo o Brasil. Por fim, é realizada uma revisão de evidências empíricas sobre diferenciais de uso por condição de cobertura por plano de saúde.

2.1. Determinantes de Utilização de Serviços de Saúde

A necessidade, definida pelo estado objetivo e subjetivo de saúde dos indivíduos, é destacada como principal determinante do uso de cuidado com saúde. No entanto, vários fatores se interpõem entre a necessidade e utilização efetiva dos serviços de saúde. Se por um lado, diante de problemas de saúde semelhantes, apenas uma parte das pessoas usa serviços de saúde, por outro lado, há pessoas que buscam atendimento médico sem justificativas claras do ponto de vista médico (LAST, 1963; SASSI & BÉRIA, 2001; CASTRO, 2004).

No nível do indivíduo, a utilização dos serviços de saúde encontra-se associada, principalmente, às características biológicas, demográficas, sócio-econômicas, tais como, carga genética, idade, sexo, renda, escolaridade, hábitos de vida e de consumo. Essas características são importantes, por terem efeito tanto sobre o perfil epidemiológico e de necessidade, como sobre as preferências, decisões e capacidades dos indivíduos para buscar serviços de saúde. De acordo com ANDERSEN (1968), citado por SAWYER et al. (2002),

além da necessidade, existem fatores de capacitação e predisposição, ligados diretamente às condições sócio-econômicas e características demográficas dos indivíduos, que determinam o uso efetivo de serviços de saúde. Os fatores de capacitação referem-se às características sócio-econômicas e familiares, que influenciam a capacidade do indivíduo para procurar cuidado médico-hospitalar. Os fatores de predisposição são aqueles que aumentam a propensão à necessidade e que, por isso, influenciam as chances de uso de serviços de saúde.

Além das características dos indivíduos, existem fatores relacionados ao sistema de saúde, que influenciam a oferta e, assim, permitem ou impedem a concretização do atendimento. Para que as necessidades, transformadas em demanda, sejam atendidas, é fundamental a existência de capacidade de oferta e de condições de interposição entre a disponibilidade e uso dos serviços de saúde. Entre os fatores de capacitação definidos por ANDERSEN (1968), existem aqueles relacionados à oferta, que estabelecem a capacidade do sistema de saúde em atender as demandas por serviços de saúde da população. Entre esses fatores, os principais são: a disponibilidade, a acessibilidade, a qualidade, a quantidade e a localização de recursos humanos, tecnológicos e financeiros e a forma de financiamento.

O número de profissionais e serviços disponíveis por habitante, bem como a distância percorrida até eles, são aspectos relacionados à disponibilidade e acessibilidade, influenciando, portanto, o uso de cuidado com saúde (TRAVASSOS et al., 2000; WENNBERG, 1985, citado por CASTRO, 2004; SASSI & BÉRIA, 2001). As formas de financiamento e remuneração associadas ao modelo de gestão e regulação de cada sistema de saúde interferem no tipo, na quantidade e na qualidade dos serviços disponibilizados para a população. Além disso, esses fatores funcionam como mecanismos que inibem ou induzem o uso dos serviços, na medida que interferem no comportamento dos provedores, com respeito à quantidade e à intensidade de cuidado médico recomendado aos indivíduos¹ (ANDREAZZI, 2003; CASTRO, 2004).

A cultura médica é outro aspecto definidor do uso da assistência médico-hospitalar, devido ao alto grau de variação dos padrões de prática médica. Essa influência decorre do fato de que

¹ Esses fatores são discutidos na seção 2.1.2.

grande parte do consumo, da intensidade e da combinação dos serviços de saúde é originada da indicação do prestador, que passa a agir em nome dos indivíduos que procuram seus serviços. As internações hospitalares, por exemplo, são serviços que dependem da decisão médica para que sejam realizadas (McPHERSON et al., 1982; SAWYER et al., 2002; ANDREAZZI, 2003; PHILLIPS et al., 1998).

Os diferenciais de padrões de utilização de serviços de saúde entre populações têm elevado o interesse por mensuração adequada de risco em necessidade por pesquisadores, governos, administradores, seguradores e provedores. Embora a aplicação desse tipo de informação para gestão e regulação da assistência á saúde esteja em estágios iniciais, ela tem aumentado a partir da década de 90, sobretudo em mercados de planos e seguros de saúde, sendo denominada de *Risk Adjustment* (VAN de VEN, 2000).

A mensuração adequada do risco relacionado às características do indivíduo é vista como a estratégia chave para atenuar problemas de eficiência e alocação de recursos para o cuidado com saúde. No caso dos planos ou seguros públicos de saúde, os governos podem usar as variações no uso da assistência à saúde, entre os indivíduos, para alocar recursos com maior eficiência, redistribuindo-os de acordo com as necessidades de cada grupo populacional. Além disso, o uso de informações de atributos de risco de necessidade dos indivíduos, para regulação da oferta, ajuda no controle de viés de utilização de serviços de saúde, causados por comportamento diferenciado de provedores (VAN DE VEN, 2000).

No caso dos seguros privados, esse tipo de prática pode ser adotada pelos governos ou reguladores, como instrumento para elevar o acesso de indivíduos de alto risco², melhorando a eficiência e a equidade no mercado de planos de saúde. Para isso, podem ser estabelecidos subsídios entre consumidores de planos de saúde, em que indivíduos de baixo risco ajudam financiar a assistência médica dos indivíduos de alto risco³ (VAN de VEN, 2000).

² Nesse trabalho, as expressões “alto risco” e “baixo risco” são usadas para caracterizar o indivíduo de acordo com a sua necessidade, ou seja, com a expectativa sobre a sua utilização e seus gastos com bens e serviços de saúde.

³ Sob ausência de regulação no mercado de planos ou seguros de saúde, os valores dos prêmios são estabelecidos de acordo com os fatores de risco dos consumidores, definidos por variáveis demográficas, sócio-econômicas,

No entanto, o uso de variáveis para mensurar risco é limitado tanto pela falta de estudos, quanto pela indisponibilidade de dados. Uma parte considerável dos atributos de risco de necessidade é de difícil especificação ou mensuração, como por exemplo, o estado de saúde passado dos indivíduos (VAN de VEN, 2000; PHILLIPS et al., 1998). Sendo assim, a maior parte dos estudos é baseada em dados de utilização por idade e sexo, por esses serem importantes fatores na determinação do padrão de utilização dos serviços de saúde e por constituírem características observáveis, para as quais existem informações facilmente disponíveis, para a maior parte das populações. Como pode ser visto no QUAD.1, a maioria dos países que usam modelos de mensuração de risco adota “idade” e “sexo” como variável de risco.

QUADRO 1: Mensuração de Risco em 10 países – Variáveis mais Usadas

País	Variáveis
Bélgica	Idade; sexo; região; incapacidade; desemprego; mortalidade
Colômbia	Idade; sexo; região
República Tcheca	Idade
Alemanha	Idade; sexo; incapacidade
Irlanda	Idade; sexo; hospitalização (ponderados pelos gastos correntes)
Israel	Idade
Holanda	Idade; sexo; região; incapacidade
Rússia	Experimentos sobre diferenciais regionais
Suíça	Idade; sexo; região
Reino Unido	Idade; sexo; utilização passada; fatores locais

Fonte: VAN de VEN (2000), p. 830.

A idade apresenta uma associação com a necessidade e a predisposição à utilização dos serviços de saúde, vista sua relação com a distribuição de saúde e de doenças. Ao longo do ciclo de vida, o estado de saúde objetivo dos indivíduos e a percepção sobre o mesmo sofrem mudanças, em função de transformações nas condições biológicas e deterioração das

entre outras. Assim, o acesso dos indivíduos com alto risco a planos de saúde poderia se restringir, tanto por causa dos altos preços, como pelo incentivo dos planos em atrair somente indivíduos de baixo risco (VAN de VEN, 2000).

condições fisiológicas. Essas mudanças promovem, entre outras coisas, a variação da necessidade de cuidado médico, como forma de restabelecer parte do seu estoque de saúde (GROSSMAN, 1972; FOLLAND et al., 2001b; SASSI & BÉRIA, 2001; PINTO & SORANZ, 2004).

A relação da variável sexo com o uso de assistência à saúde decorre de fatores que influenciam na necessidade, na predisposição e na decisão de busca por atendimento médico. Homens e mulheres apresentam, principalmente, características biológicas, fatores de exposição ao risco de adoecimento e funções sócio-culturais diferenciadas. As diferenças biológicas podem explicar variação na resistência e incidência de determinadas doenças, entre homens e mulheres. Além disso, há uma demanda feminina por serviços de saúde, por motivos obstétricos e ginecológicos, durante o período reprodutivo⁴. A exposição ao risco de adoecimento, sobretudo decorrente do tipo de trabalho, dos hábitos de vida e de consumo, também tem sido destacada como uma das causas das diferenças por sexo na utilização de serviços de saúde. As relações de gênero explicam a variação na percepção da saúde e na decisão de busca pelos serviços ambulatoriais e hospitalares, tendo em vista os papéis sócio-culturais exercidos por homens e mulheres (VERBRUGGE, 1989; SASSI & BÉRIA, 2001; AQUINO et al., 1992; PINTO & SORANZ, 2004).

2.2. Utilização de Serviços de Saúde por Idade e Sexo: Evidências Empíricas

A utilização de serviços de saúde muda com a idade, tendo em vista a variação dos perfis de morbidade e epidemiológico, em diferentes fases do ciclo de vida. Em geral, o padrão de utilização é elevado nos primeiros anos de vida, declinando até a adolescência e aumentando, progressivamente, até as idades mais avançadas. A literatura sugere que tanto países desenvolvidos quanto países em desenvolvimento apresentam uma estrutura de utilização caracterizada por concentração de uso de cuidado médico-hospitalar nas idades extremas (MAPELLI, 1993; SASSI & BÉRIA, 2001; FACCHINI & COSTA, 1997). Entretanto, deve-se ressaltar que esse padrão de uso pode se diferenciar de acordo com o tipo de serviço de saúde que se analisa.

⁴Entende-se por período reprodutivo o intervalo de idade em que as mulheres são férteis. Usualmente, considera-se em idades férteis, as mulheres entre 15 e 49 anos (CARVALHO, SAWYER & RODRIGUES, 1998).

No caso dos serviços ambulatoriais, vários estudos identificam maior uso entre pessoas de idades extremas. Esse padrão pode sofrer variações quando se comparam diferentes serviços. Alguns autores apontam que jovens apresentam probabilidades maiores de se consultarem que idosos, dependendo do tipo de consulta médica. ALBERTS et al. (1997) evidenciam que, em Curaçao, pessoas mais velhas têm maior probabilidade de consultar médicos especialistas, enquanto pessoas mais jovens de consultar generalistas (LEE et al., 1984; SASSI & BÉRIA, 2001).

A utilização de internações também é mais alta entre crianças e idosos. No entanto, há uma grande utilização por parte das mulheres em idade reprodutiva, por motivo de parto. A permanência hospitalar, medida pelo tempo médio de dias internados, cresce com a idade, apresentando-se bem mais elevada nas idades mais avançadas. Na Itália, indivíduos considerados com alta utilização de serviços hospitalares, são, em média, mais velhos. O número médio de internações é maior nos grupos de etários menores de 15 anos e nas idades mais avançadas. Em idades entre 15 e 60 anos, o número de internações é menor, porém crescente com a idade (FREEBORN et al., 1990). No Canadá, NEWBOLD et al. (1995) encontram que o percentual de pessoas reportando uso de serviços hospitalares e o tempo médio de internação se elevam significativamente com a idade, entre pessoas maiores de 15 anos.

No Brasil, estudos apontam que a estrutura de utilização de internações por idade assume o formato de “u”, sendo altas nas idades iniciais, decrescentes até as idades adultas, passando a se elevar sensivelmente nas idades avançadas. Há uma grande utilização por mulheres em idade reprodutiva, relacionada a atendimentos obstétricos (CASTRO et al., 2002 e NUNES, 1999).

Os padrões de utilização também variam por sexo. As mulheres exibem maior morbidade e maiores níveis de utilização, em praticamente todas as faixas etárias, em relação aos homens. As probabilidades de ter consulta médica, tanto com generalista quanto com especialista, em determinado período, são significativamente maiores para a população feminina. Nas idades do período reprodutivo, a sobreutilização feminina dos serviços médico-hospitalares é

explicada, principalmente, pelos partos e outros serviços ginecológicos (AQUINO et al., 1992; SASSI & BÉRIA, 2001; GREEN & POPE, 1999; AQUINO et al., 1992; ALBERTS et al., 1997).

No entanto, o diferencial por sexo pode variar em função do tipo de serviço usado. As mulheres utilizam mais os serviços ambulatoriais e preventivos, enquanto os homens tendem a usar mais os serviços curativos. Alguns estudos apontam que a população masculina possui taxas de internação maiores, nas idades adultas avançadas e maior tempo de permanência por internação (VERBRUGGE, 1989; NCHS, 1996, citado por PINHEIRO et al., 2002).

No Brasil, a diferenciação por sexo também é evidente. Estudos apontam que as taxas de utilização por idade, em geral, são mais elevadas para mulheres. As diferenças se tornam expressivas a partir do início do período reprodutivo, associadas à demanda de serviços obstétricos (MÉDICI & CAMPOS, 1992). As taxas de internação são maiores entre as mulheres, mesmo quando são excluídas as internações por motivo de parto (CASTRO, 2002). Porém, para algumas faixas de idade, os homens apresentam maiores riscos de internação. De acordo com NUNES (1999), as mulheres são mais avessas ao risco e, por esse motivo, utilizam mais ações preventivas de saúde, enquanto os homens usam mais intensamente os serviços curativos.

Os estudos sobre padrões etários de utilização, realizados no Brasil, apresentam como limitação o fato de se basearem em grupos etários arbitrários, não investigando minuciosamente a variação de uso por idade. Além disso, não são investigados os padrões de uso, segundo diferentes formas de organização do sistema de saúde. Como a utilização de serviços de saúde é também determinada pela oferta, tanto seu padrão como seu nível podem ser diferenciados, quando comparadas populações com diferentes *status* de cobertura por plano de saúde. Isto ocorre porque cada tipo de cobertura (pública ou privada) tem características de financiamento, de remuneração, disponibilidade e acessibilidade específicas, que definem oferta diferenciada de serviços de saúde.

Assim, a próxima seção apresenta evidências sobre a variação da utilização de serviços de saúde sob diferentes tipos de cobertura da assistência à saúde.

2.3. Evidências Empíricas de Diferenciais de Utilização de Serviços de Saúde Segundo Cobertura por Plano de Saúde

Conforme discutido, os determinantes da utilização da assistência médico-hospitalar, relacionados à oferta, são fatores que influenciam a disponibilidade, a acessibilidade, a quantidade, qualidade e o financiamento dos serviços oferecidos (LAST, 1963; SASSI & BÉRIA, 2001). Segundo WENNBORG (1985), citado por CASTRO (2004), a influência da necessidade, sobre o uso de serviços de saúde, depende da forma como esses se encontram organizados, em diferentes sistemas de saúde.

De forma geral, essa oferta é definida pelo modelo de financiamento, gestão e regulação adotado em cada sistema de saúde. Sendo assim, cada tipo de cobertura pode definir padrões específicos de uso do cuidado com saúde.

Em geral, observa-se uma correlação positiva entre cobertura de plano de saúde e utilização dos serviços de saúde. Vários estudos indicam que pessoas que possuem plano têm tanto maior probabilidade como maior frequência de uso de serviços de saúde.

Nos Estados Unidos, crianças e adultos de baixa renda com cobertura de plano de saúde têm maiores riscos de utilização dos serviços médicos e hospitalares, em relação aqueles sem cobertura (HADLEY & HOLAHAN, 2003). As pessoas com plano também exibem maior frequência de uso de serviços ambulatoriais, com número médio de consultas médicas mais elevado (BLUMBERG, 1980; ADAY & ANDERSEN, 1984).

Na Espanha, as mulheres com seguro de saúde privado têm uma maior probabilidade de utilização de serviços preventivos, como prevenção de câncer de colo de útero (BORRAS et al., 1999, citado por SASSI & BÉRIA, 2001).

Por outro lado, existem estudos que destacam que o efeito da cobertura pública e privada pode ser diferenciado, para serviços específicos. Segundo ROSENBACH et al. (1999), nos Estados Unidos, crianças com seguro de saúde privado apresentam maior número de consultas médicas, porém tendem a utilizar menos os serviços de emergência.

Em relação aos serviços hospitalares, nos Estados Unidos, pessoas com cobertura exclusiva do sistema público de saúde têm maiores riscos de se internarem, pelo menos uma vez no ano, em relação aquelas com plano privado de saúde (ADAY & ANDERSEN, 1984). Em outro estudo, BLUMBERG (1980) identifica que o número de episódios de internação e o tempo médio de permanência são maiores para as pessoas sem cobertura por plano privado de saúde.

No Brasil, os estudos existentes indicam que as pessoas com planos de saúde possuem maiores chances de uso de serviços de saúde, comparativamente as que não têm plano (TRAVASSOS et al., 2000). Em estudo de CASTRO (2002), crianças e pessoas adultas com plano têm maiores chances de internação hospitalar (CASTRO et al., 2002).

As razões para esse diferencial de utilização não são totalmente claras. Há uma extensa literatura que discute falhas de mercado⁵, que podem resultar em estruturas de incentivos, conseqüentemente, causando variação de utilização, de acordo com o tipo de cobertura (BLUMBERG, 1980; VAN DE VEN, 2000).

Entre as estruturas que podem resultar em sobreutilização dos serviços de saúde, pelas pessoas com plano de saúde, em relação aquelas sem plano, destacam-se o “risco moral” e a “seleção adversa”. O risco moral consiste no incentivo que o contratante do plano e o provedor possuem para usar indiscriminadamente os serviços disponíveis, decorrente de custos marginais nulos (ou pequenos), para consumo de quantidades extras de cuidado médico. A

⁵ As falhas de mercado ocorrem quando uma das condições de perfeita concorrência deixa de ocorrer. No caso do mercado de saúde, as condições não satisfeitas são, em geral: i) racionalidade do consumidor; ii) perfeito conhecimento do mercado por parte do consumidor; iii) consumidor agindo livremente, em seu próprio interesse. A primeira condição é quebrada, uma vez que o consumidor não pode planejar seu consumo, pois a ocorrência de doença é imprevisível. A segunda condição deixa de ocorrer porque o indivíduo não sabe qual o melhor serviço de saúde para seu problema, nem pode julgar a qualidade dos serviços prestados. A quebra da terceira condição ocorre porque o consumidor, na maior parte das vezes, não pode agir em função do seu interesse, dependendo da opinião médica (CASTRO, 2002).

seleção adversa é caracterizada pela maior tendência de indivíduos de alto risco aderirem aos planos e seguros de saúde, em relação aos de baixo risco. Essa seleção ocorre quando, sob ausência de informação perfeita, o sistema de seguro aplica um único preço para todo o grupo, fazendo com que o plano seja desvantajoso e custoso para o indivíduo de baixo risco (ALMEIDA, 1998; VAN de VEN, 2000; CUTLER & ZECKHAUSER, 2000; MEER & ROSEN, 2004).

Assim, pessoas com plano de saúde podem usar mais os serviços de saúde, em parte, por possuírem características de morbidade e necessidade diferentes, em relação às pessoas sem cobertura. Por outro lado, dado que o indivíduo se encontra coberto por plano ou seguro de saúde, seu custo em utilizar serviços de saúde pode ser pequeno ou nulo, elevando a quantidade de serviços utilizados. Embora nos sistemas públicos, os custos de utilizar esses serviços sejam nulos para os consumidores, a inibição do uso pode originar da restrição da oferta, que provoca a “fila de espera”, ou de dificuldades reais de acesso (MAIA, 2004).

Diante desses incentivos, os planos e seguros privados, usualmente, buscam formas de controlar o uso de serviços de saúde. Isto pode ocorrer, por exemplo, por meio da introdução de mecanismos de controle do uso, para os provedores e segurados, tentando estabelecer o uso racional do cuidado médico-hospitalar. Nos Estados Unidos, sistemas de saúde que adotam um modelo de atenção gerenciada da saúde (*Managed Care*), lançam mão de medidas de contenção de custos que, em sua grande maioria, usam mecanismos de controle da utilização (BLUMBERG, 1980; ANDRADE & LISBOA, 2000).

Uma outra opção, da qual os planos lançam mão, é a prática de outro tipo de seleção, denominada “seleção de risco”, que consiste na criação de incentivos para atrair indivíduos de baixo-risco de utilização e reduzir ou impedir a seleção adversa (LEVY & MELTZER, 2001; VAN de VEN, 2000; ALTMAN et al., 1998; LUFT et al., 1980; BLUMBERG, 1980).

Como visto, cada tipo de cobertura possui fatores que podem tanto inibir quanto induzir o uso de serviços de saúde. De forma geral, esses fatores decorrem das características de financiamento, disponibilidade e acessibilidade, característicos da oferta de cada tipo de

cobertura. Percebe-se, portanto, que a oferta é um determinante importante da utilização de cuidado médico-hospitalar. Nesse contexto, é importante ressaltar a importância de estudos das relações do uso de cuidado em saúde com os atributos de risco do indivíduo, pois permitem mensurar o uso decorrente da necessidade, diminuindo os efeitos sobre o uso, decorrentes de estruturas de (des)incentivos existentes em cada tipo de sistema de saúde.

No próximo capítulo, são apresentadas as características gerais do sistema de saúde no Brasil, caracterizado pela existência de cobertura pública e privada à assistência saúde. Como será visto, existem diferenças nas formas de financiamento e provisão dos serviços de saúde entre os tipos de cobertura, que podem causar efeitos sobre a utilização de serviços de saúde, reforçando a relevância de consideração de informações sobre atributos de risco de necessidade do indivíduo.

3. O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

No capítulo anterior, verificou-se que existem padrões diferenciados de utilização de serviços de saúde, segundo o tipo de cobertura da assistência à saúde. No Brasil, o mercado de assistência à saúde é misto, constituído pelo sistema público e pelo setor privado. O objetivo deste capítulo é apresentar as características gerais desses dois sistemas para: i) identificar as diferenças nas formas de financiamento e organização da oferta, presentes em cada um, que podem gerar diferenciais nos padrões de uso de assistência médica; ii) verificar em que medida eles incorporam informações de risco por idade e sexo.

3.1. Sistema Público – Sistema Único de Saúde (SUS)

Assim, o processo de regionalização no Brasil busca garantir o uso racional dos recursos em saúde através da máxima atenção nos centros de atenção básica, para que os demais serviços sejam utilizados apropriadamente, de acordo com as necessidades dos indivíduos. O modelo regionalizado e hierarquizado do SUS estabelece critérios de distribuição da oferta de recursos e serviços de saúde, baseados no tamanho da população, na sua distribuição espacial, nas condições de acesso e complexidade desses serviços. Para isso, os serviços ambulatoriais de maior complexidade e os hospitalares devem se localizar em áreas de maior concentração populacional e recursos tecnológicos, garantindo custos operacionais razoáveis (BRASIL, 2001a).

Um dos desafios desse modelo é a construção de um processo de planejamento com ações e formulações de políticas, programação, orçamento, acompanhamento, controle e avaliação, que promova redução das desigualdades em saúde. Historicamente, o sistema de saúde brasileiro preservou a lógica de financiamento, alocação de recursos e o modelo de avaliação predominantes anteriormente. Dessa forma, o SUS propunha o rompimento com o planejamento em que a provisão de serviços de saúde era orientada pelas diferenças epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, assistenciais e gerenciais, resultando em grandes desigualdades entre estados e regiões do Brasil (BARROS et al., 1996; LUCHESE, 2003).

Com a criação do SUS, a esfera federal ficou com a responsabilidade sobre a programação e organização da assistência médico-hospitalar, devendo estabelecer critérios e valores de pagamento, para remuneração dos serviços, e parâmetros de cobertura assistencial. O Ministério da Saúde procurou promover a organização e a programação da assistência ambulatorial e hospitalar, com os objetivos principais de: i) promover alocação de recursos com equidade; ii) explicitar as responsabilidades de cada gestor na organização das ações e serviços de saúde; iii) melhorar o acompanhamento e avaliação dos resultados; iv) e atribuir transparência aos critérios utilizados na distribuição dos recursos. As diretrizes para programação assistencial prevêm que a orientação e a definição das prioridades, em cada estado, e a distribuição dos recursos, entre os três níveis de governo, devem ser feitas com base no diagnóstico dos principais problemas de saúde da população (BRASIL, 2001a).

Visando, então, oferecer subsídios para análise das necessidades de oferta de serviços assistenciais para população, tanto para o controle quanto para a avaliação dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde elaborou os “Parâmetros Assistenciais do SUS”, estabelecidos pela Portaria n. 1101/GM. Esses parâmetros são destinados “a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido”, servindo de referência quantitativa para a comparação de diversas situações, para, assim, garantir equidade entre municípios e regiões (BRASIL, 2002b). Foram usados como referência padrões internacionais baseados em dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS). Além disso, foram usadas as médias de atendimento do SUS nos últimos 3 anos, bem como estudos realizados por especialistas, pelos estados e pelo Ministério da Saúde, entre outras informações. Tais parâmetros de cobertura representam recomendações técnicas ideais, que devem ser usadas pelos gestores do SUS nos três níveis de governo, podendo sofrer variações a fim de se adequarem às realidades epidemiológicas e financeiras de cada local ou região.

No caso dos serviços ambulatoriais de atenção básica, realizados no nível municipal, a recomendação é que cada município realize levantamentos populacionais por idade e sexo, a fim de calcular a cobertura assistencial por esses atributos de risco (BRASIL, 2001a). No entanto, os parâmetros oferecem referências para a população total, não sendo distinguidas diferenciações entre idade e sexo, conforme apresentado na TAB.1. Além disso, grande parte dos recursos transferidos aos municípios, para a atenção básica, tem como base de cálculo um valor *per capita*⁶ (BRASIL, 2001a), não sendo consideradas variações da assistência em função da estrutura etária por sexo de cada região ou município.

No caso da assistência ambulatorial de média complexidade, os estados e municípios devem se pautar nos Parâmetros de Cobertura Ambulatorial, em normas técnicas e estudos de custo-efetividade, séries históricas de produção (do próprio estado ou de outros) e metas pactuadas, entre outras coisas. No caso dos procedimentos de alta complexidade, as Secretarias Estaduais

⁶ Desde de 1998, com a edição da Portaria nº 2121/GM, foi implantado o Piso de Atenção Básica (PAB) que passou a separar os recursos para o financiamento da atenção básica daqueles destinados a assistência de média e alta complexidade. O PAB é dividido em PAB fixo, calculado com base em um valor *per capita*, e PAB variável, que depende da adesão do município a programas de atenção básica definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a).

de Saúde (SES) devem elaborar relatórios com referências municipais ocorridas no ano e definir parâmetros para diversos grupos de procedimentos, considerando uma cobertura ideal originada de consensos de especialistas, estudos de custo-efetividade e séries históricas de produção. Todos os parâmetros existentes para média e alta complexidade também fornecem referências *per capita*, sem diferenciar o uso dos serviços ambulatoriais em função da idade.

TABELA 1: Parâmetros Assistenciais do SUS e sua Comparação com Variações Observadas entre as Regiões Brasileiras

Consultas	Parâmetro: 2 a 3 consultas por habitante / ano				
Internações / Especialidade	% de Pessoas com pelo menos 1 Internação no Ano		% Especialidade	Tempo Médio de Permanência (Dias)	
	Parâmetro	Variação entre Regiões	Parâmetro	Parâmetro	Variação entre Regiões
Cirúrgica	1,60	1,9 a 3,4	20,00	4,80	3,9 a 5,6
Clínica Médica	2,64	1,73 a 3,59	33,00	5,20	4,8 a 6,01
Cuidados Prolongados (Crônicos)	0,06	0 a 0,06	0,80	45,00	12,4 a 76,8
Obstétrica	1,62	1,18 a 2,01	20,25	3,00	2 a 3,5
Pediátrica	1,20	0,7 a 1,53	15,00	6,00	4,6 a 6
Psiquiátrica	0,28	0,17 a 0,29	3,50	28,00	31,6 a 52,7
Reabilitação	0,09	0 a 0,02	1,08	28,00	24,6 a 31,7
Tisiologia	0,01	0,003 a 0,03	0,13	21,40	16,1 a 30,6
Fator Ajuste *	0,50		6,24		
Total	7 a 9	5,1 a 10,93	100,00	5,98	3,64 a 8,92

Fonte: Portaria 1101 / GM-2002⁷

* O fator de ajuste é uma variável estabelecida para ser usada para uma nova especialidade, ou para ser dividida entre as demais, dependendo dos fatores locais.

No caso dos serviços hospitalares, o pagamento dos serviços prestados é realizado por meio da “Autorização de Internação Hospitalar” (AIH), baseado em remuneração fixa por procedimento, definida pelo Ministério da Saúde. Os parâmetros recomendados são quantificados com base em um percentual da população, devendo-se adequar ao perfil epidemiológico, capacidade instalada, complexidade tecnológica e limite financeiro. Conforme apresentado na TAB.1, de acordo com o parâmetro para internação, estima-se que entre 7 e 9% da população apresente necessidade de se internar durante o ano.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1101/GM de 12 de junho de 2002.

Como se percebe, o planejamento da oferta dos serviços de saúde no SUS ocorre sem considerar informações sobre estimativas de utilização em função de atributos de risco dos indivíduos. Conforme discutido anteriormente, o conhecimento dos padrões de utilização, por características relacionadas aos indivíduos, é importante para alocação de recursos de acordo com a necessidade da população. Isso ajudaria na identificação de vieses de utilização de serviços de saúde, causado por organização inadequada da oferta. Além disso, o conhecimento de padrões de utilização por atributos de risco tão importantes como idade e sexo, pode ajudar na identificação de diferenciais regionais de uso da assistência médica em função de variação na estrutura demográfica da população.

3.2. Sistema Privado – A Medicina Suplementar

Paralelamente a esse sistema público universal, existem duas outras formas de financiamento dos serviços de saúde: através do sistema de desembolso direto e do chamado sistema suplementar de saúde. O primeiro se caracteriza pela compra direta dos serviços por parte dos usuários. A medicina suplementar é caracterizada pelo financiamento e provisão dos serviços de saúde por meio de pagamento de plano ou seguro privado, a despeito da presença de um seguro público obrigatório (ALMEIDA, 1998).

Estima-se que a medicina suplementar cubra, em média, 28% da população brasileira, estando concentrada nas zonas urbanas. A oferta de serviços de saúde e o financiamento podem variar de acordo com as modalidades de compra e venda desses serviços. No Brasil, as principais modalidades podem ser resumidas em: medicina de grupo; cooperativas médicas; planos de auto-gestão ou co-gestão; e seguros-saúde (ALMEIDA, 1998; BAHIA, 2001).

A medicina de grupo é constituída por empresas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias, com abrangência regional, sendo caracterizada pela concentração em grandes cidades. A oferta de serviços pode ocorrer através de rede própria ou provedores credenciados, com acesso livre. O sistema de financiamento adotado é pré-pagamento *per capita*, pelo qual os indivíduos que contratam seus planos têm seus pagamentos determinados através da análise de risco, levando em conta atributos individuais,

como idade, sexo, hábitos de vida e de consumo. No caso de compra de plano por empresas, o pagamento pode ser único para todos usuários, com cálculo representado por uma *proxy* do risco médio coletivo da população coberta.

As cooperativas médicas constituem uma modalidade em que os médicos são sócios e prestadores ao mesmo tempo, recebendo pagamento proporcional à sua produção. A remuneração desses profissionais ocorre por meio do rateio do lucro final obtido, sendo os serviços valorados de acordo com a Tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). O financiamento dos serviços também ocorre por meio de pré-pagamento sob cálculo atuarial baseado no risco individual.

Os planos de auto-gestão ou co-gestão são empresas que administram ou contratam terceiros para administrar a assistência médica aos seus funcionários. A forma predominante é aquela em que as empresas promovem programas de assistência à saúde de seus empregados e dependentes, com financiamento que pode ser integralmente da empresa ou compartilhado com os funcionários. Uma característica desse financiamento está no cálculo coletivo dos valores do pré-pagamento, de forma que a empresa assume o risco da variabilidade do gasto com a utilização dos serviços de saúde. Pode ainda ser adotado o sistema de pós-pagamento, no qual o valor pago em um determinado período corresponde ao rateio dos gastos com saúde efetivamente realizados pelos beneficiários do plano, no período anterior.

Os seguros-saúde funcionam por meio de uma intermediação financeira de uma entidade seguradora, que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica ao prestador ou ao segurado. O financiamento se dá pela cobertura dos custos com consumo de serviços de saúde, por parte do segurador, de acordo com a cobertura prevista nos contratos estabelecidos. No Brasil, de modo geral, os convênios entre as empresas e os provedores de serviços funcionam por meio de credenciamento e prestação de serviços próprios. O sistema de reembolso é reduzido.

A oferta dos serviços de saúde no mercado suplementar está, portanto, relacionada ao tipo de plano, ou seja, à extensão da cobertura que proporciona. De acordo com BAHIA (2001), a

segmentação da oferta de serviços, nesse tipo de assistência, pode estar associada à diferenciação entre os tipos de planos, na medida que estabelecem formas variadas de provisão e financiamento. Os planos de autogestão, em geral, fornecem cobertura bastante ampla e maior padronização da oferta, em relação às diferenciações previstas por diferentes segmentos de funcionários da empresa. Além disso, são os que apresentam menor preço médio ao usuário, visto que é financiado em grande parte ou integralmente pelas empresas.

No caso dos planos onde a lógica do financiamento é *per capita*, os valores do pré-pagamento apresentam expressivas diferenças em função do tipo de cobertura e atributos individuais, sobretudo idade. Os atributos individuais são importantes insumos na análise de risco que, por sua vez, é usada para definir o valor a ser pago pelo indivíduo e seus dependentes. Entretanto, os parâmetros utilizados para isso, não são muito claros, além de não serem aplicados corretamente (MÉDICI & CZAPSKI, citado por ALMEIDA, 1998). Como consequência, os preços dos seguros individuais, além de se apresentarem bem mais elevados em relação aos planos coletivos, passam a se diferenciar expressivamente em função da idade. De acordo com dados apresentados por BAHIA (2001), antes da regulação, o preço pago pela última faixa etária chegava a ser mais de 14 vezes maior que o da primeira. Embora a proporção da população coberta por planos coletivos seja maior, a modalidade de adesão individual sob a forma de seguro-saúde é a que mais cresceu entre meados das décadas de 80 e 90, tanto em cobertura quanto em faturamento.

A lógica econômica dos planos de saúde, sobretudo entre os que envolvem cálculo por risco individual, pode ter efeitos sobre o acesso à assistência médica suplementar e sobre a utilização dos serviços de saúde. Conforme discutido no capítulo 2, a literatura sobre as especificidades do mercado privado de assistência médica destaca que as falhas de mercado e dificuldades envolvidas nos planos e seguros de saúde podem gerar certos incentivos para os agentes envolvidos. Esses incentivos podem dificultar a coletivização dos riscos e a extensão do acesso à medicina suplementar. As seleções presentes fazem com que o ajuste ao risco individual seja necessário aos financiadores e seguradores, como forma de se protegerem contra altos custos combinados com baixos prêmios. Esse ajuste, que leva em conta variáveis

como idade, sexo, estado de saúde, entre outras, dificulta o acesso da população mais vulnerável, como os idosos e pessoas portadoras de problemas de saúde.

Tendo em vista essas especificidades do mercado de saúde e do contexto brasileiro, a Regulação do Mercado de Saúde Suplementar foi instituída, sendo caracterizada por forte intervenção no desenho dos planos. Em 1998, a Lei 9656 instituiu a regulamentação do setor suplementar, que até essa data foi praticamente ausente⁸ (BRASIL, 1999). Em 2000, a Lei 9961 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que passou a ser responsável pela regulação do setor (BRASIL, 2000).

Essa regulação assumiu um modelo diferenciado da experiência de outros países, como os Estados Unidos, por exemplo, que atuam sobre a atividade econômica das empresas⁹. No Brasil, o modelo adotado é fortemente caracterizado pela regulação da própria assistência à saúde, através da regulamentação dos contratos oferecidos. Uma das principais medidas dessa regulamentação é a determinação de regras de apreamento (MONTONE, 2001).

Dentro das regras de estabelecimento de preços, foi implementado um sistema de subsídio cruzado entre grupos de baixo e alto risco, adotando-se como atributo de risco a idade dos consumidores. Para isso, foram criadas faixas etárias para estabelecer variação de preços. A partir de janeiro de 2004, tais faixas sofreram mudanças para atender uma determinação do “Estatuto do Idoso”¹⁰, ficando definidos os seguintes grupos: 0-18 anos, 19-23 anos, 24-28 anos, 29-33 anos, 34-38 anos, 39-43 anos, 44-48 anos, 49-53 anos, 54-58 anos, 59 e mais. Ficou estabelecido que o valor do prêmio para a última faixa poderia ser no máximo 6 vezes maior que o da primeira (BRASIL, 2003c). A lógica do subsídio é transferir os ganhos obtidos com os contratos dos grupos mais jovens (baixo risco) para compensar os contratos dos idosos (alto risco) (ANDRADE, 2000).

⁸ Antes desse período, a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP regulamentava apenas seguros de saúde.

⁹ A Regulação da atividade econômica busca garantir as condições de solvência das empresas e a competitividade no mercado de planos e seguros de saúde. Essa é uma característica marcante da regulação nos Estados Unidos.

¹⁰ O capítulo 4, Artigo 15º, § 3º da Lei nº 10471 (Estatuto do Idoso), instituído em outubro de 2003, proíbe a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

No entanto, não se sabe se essas faixas representam a segmentação apropriada do risco associado à idade, pois não existe uma relação direta entre os gastos esperados e a regra de apreamento proposta (ANDRADE, 2000). Políticas de regulação que visem o estabelecimento de um subsídio cruzado, em favor de grupos de alto risco, devem considerar as variáveis de risco dos indivíduos de forma adequada. Caso contrário, os incentivos para exclusão de indivíduos mais vulneráveis aos agravos de saúde, do mercado de planos de saúde, podem se tornar ainda maiores. Quanto mais explícitos e adequados forem os fatores de risco utilizados para a prática de subsídio cruzado, menor pode ser a perda causada pela seleção de indivíduos dentro do mercado de plano de saúde (VAN de VEN, 2000).

3.3. Considerações Sobre o Sistema de Saúde Brasileiro

As formas de financiamento e a oferta dos serviços de saúde são bastante diferentes, entre o sistema público e os planos ou seguros privados de saúde. Como visto, os critérios de distribuição de recursos dos SUS são baseados em um modelo de regionalização e hierarquização. Por esse modelo, a oferta de serviços de saúde encontra-se atrelada ao nível de complexidade dos procedimentos que, quanto maior for, tanto maior será sua concentração em áreas de maior densidade demográfica. No sistema suplementar, a oferta depende da cobertura oferecida por cada plano e da extensão da sua carteira de prestadores. Além disso, existem as falhas de mercado que caracterizam o mercado de planos de saúde, que podem influenciar o uso de cuidado com saúde. Assim, é possível que os padrões e os níveis de utilização de serviços de saúde se diferenciem, segundo o *status* de cobertura de plano de saúde da população, no Brasil.

Pode-se constatar que o controle e a regulação da assistência à saúde nos dois sistemas são realizados com informações limitadas ou pouco adequadas sobre utilização de serviços de saúde.

No caso do SUS, o planejamento da oferta é realizado basicamente sobre critérios *per capita*. A cobertura assistencial é baseada em parâmetros internacionais, médias e estudos nacionais

per capita. O problema desse critério é que não são consideradas variáveis importantes de risco de utilização, como idade e sexo.

De outro lado, a medicina suplementar, sobretudo na forma de planos e seguros de adesão individual, funciona sob uma lógica que resulta em dificuldade de acesso dos grupos mais vulneráveis da sociedade, no que diz respeito à necessidade. Isso ocorre porque os planos e seguros de saúde, sobretudo aqueles que funcionam com financiamento *per capita*, estabelecem preços com base em fatores de risco do indivíduo. A legislação recente busca diminuir essas dificuldades de acesso e a exclusão de grupos de maiores riscos. Para isso, a ANS estabeleceu grupos etários para mudanças de preços que parecem não representar a segmentação adequada do risco. Como visto, a imposição de regulação que busque ampliar acesso de grupos mais vulneráveis deve considerar variáveis de risco adequadas, para que as perdas não sejam maiores do que aquelas causadas pela ausência de regulação.

4. FONTE DE DADOS E METODOLOGIA

4.1 Fonte de Dados

A base de dados utilizada é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios para o ano de 1998 – PNAD-98, que contém um “Suplemento Saúde” com informações sobre acesso e utilização dos serviços de saúde. Trata-se de uma pesquisa amostral de base populacional, realizada anualmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), representativa para o Brasil.

O período de referência do inquérito da PNAD-98, que é de doze meses, vai de outubro de 1997 à setembro de 1998. A amostra, que exclui as áreas rurais da Região Norte do Brasil, é constituída por 112.434 domicílios e por 344.975 indivíduos, sendo que, em 36,8% dos casos, o suplemento saúde foi respondido pela própria pessoa, 61% por outra pessoa moradora do domicílio, e 2,2% por pessoa não moradora do domicílio (IBGE, 2000; SAWYER et al., 2002; CASTRO et al., 2002). O presente estudo utiliza apenas a amostra das zonas urbanas, tendo em vista que a população coberta por plano de saúde concentra-se nessas áreas. Com esse filtro, a amostra fica restringida a 281.695 indivíduos.

O uso de uma pesquisa de inquérito e de base populacional, para investigação de padrões de serviços de saúde, parece apropriado, pois possibilita a identificação das pessoas que usam e aquelas que não têm contato com os serviços de saúde, ao contrário dos dados disponíveis nos serviços de saúde, que oferecem apenas informações sobre aqueles que utilizam o sistema. No caso da PNAD-98, é possível, ainda, distinguir indivíduos segundo sua condição de cobertura por plano de saúde. Em vários países do mundo tem se intensificado o uso de pesquisas de inquérito populacional para orientar a formulação de políticas públicas e a alocação de recursos (CAMPOS, 1993; TRAVASSOS et al., 2000).

4.2. Variáveis Seleccionadas e Tratamento dos Dados

Nesse trabalho, são analisados dois grupos de serviços de saúde: ambulatoriais e hospitalares. Essa segmentação é adotada tendo em vista as diferenças entre esses dois grupos, quanto à natureza dos serviços e dos gastos envolvidos. Os serviços ambulatoriais apresentam uma demanda maior e um gasto médio por atendimento menor, além de envolverem procedimentos de menor complexidade. Estima-se que 80% dos casos de procura por atendimento médico possam ser atendidos através de procedimentos de baixo custo, sem exigência de internação (BRASIL, 2001a). Em 1999, o gasto médio estimado, público e privado, por atendimento ambulatorial, para o Brasil, foi de R\$ 3,4, enquanto que o gasto por internação hospitalar foi de R\$ 380,6 (NUNES et al., 2001; COSTA, 1998).

Para representar os serviços ambulatoriais, a variável utilizada é “consulta médica no ano”, obtida através das variáveis v1347 e v1348, que permitem saber os indivíduos que consultaram médico e com que frequência, no último ano¹¹. Os serviços hospitalares são representados pelas “internações no ano”, obtidas por perguntas que indicam se o indivíduo teve internação (v1369), quantas (v1370), qual a duração em dias, da última internação (v7102) e o principal atendimento de recebido, na última internação (v1372), no ano de referência¹².

As consultas médicas representam um dos principais serviços ambulatoriais, sendo o segundo procedimento mais frequente e o que acarreta a maior despesa no SUS. As internações

¹¹A PNAD-98 considera como consulta médica “o atendimento prestado por médico, alopata ou homeopata, de qualquer especialidade, inclusive para tratamento por acupuntura, independentemente do lugar do atendimento (hospital, consultório, clínica, posto de saúde da rede pública, domicílio, etc)” (IBGE, 2000).

¹²Foi considerada como pessoa internada aquela que, no período de referência, “ocupou leito hospitalar, com fim de cirurgia, diagnóstico, tratamento ou outro tipo de atendimento médico, por no mínimo uma noite (pernoite) em estabelecimento que dispunha de condições para prestar atendimento de saúde em regime de internação, independentemente da sua designação (hospital, casa de saúde, sanatório, policlínica, unidade mista de saúde, etc). Considerou-se, também, com tendo estado internada a criança que nasceu prematuramente ou apresentando algum problema de saúde, necessitando de cuidados especiais que exigissem que permanecesse internada pelo menos um dia nesse período. Não se considerou como tendo estado internada a criança recém-nascida que, devido ao parto de sua mãe, permaneceu no estabelecimento de saúde sem exigir cuidados especiais” (IBGE, 2000).

representam o principal atendimento hospitalar, uma vez que delas decorrem os demais procedimentos feitos em hospitais (BARROS et al., 1996). A importância de se analisar a utilização desses grupos de serviços de saúde, separadamente, decorre das diferenças no processo decisório envolvido. De acordo com GERDTHAM (1997), citado por NORONHA (2001), a internação depende, principalmente, de decisão médica, enquanto a consulta médica decorre tanto de decisão do indivíduo, quanto do prestador, como será discutido na seção 4.4.

Em relação à cobertura por plano de saúde, os indivíduos são divididos em dois grupos: i) indivíduos cobertos por plano ou seguro de saúde; ii) indivíduos sem cobertura¹³. O fato de ter cobertura privada não garante que todos os indivíduos utilizem os serviços de saúde através de sua cobertura, pois existe a possibilidade de que sejam atendidos pelo SUS e ou por meio de desembolso direto. Entretanto, é razoável supor que, uma vez possuindo plano de saúde que cubra certo grupo de serviço, a pessoa irá usá-lo como porta de entrada para o sistema de saúde. Isto porque a decisão de busca por atendimento e a utilização efetiva se baseia na expectativa que o indivíduo possui em relação ao sistema de saúde e na possibilidade de sucesso (ser atendido) no processo. SANTOS & GERSCHMAN (2004) sugerem que os consumidores identificam uma melhor qualidade nos serviços prestados através dos planos de saúde, percebida através da presteza do atendimento, do grau de liberdade de escolha de médicos e da qualidade da carteira de prestadores. No caso da população sem plano de saúde, pressupõe-se que a principal forma de acesso ocorre pelo sistema público, pois o sistema de desembolso direto fica restrito a uma parcela reduzida da população, à medida que exige disponibilidade de recursos financeiros para o pagamento dos serviços.

No caso dos serviços ambulatoriais, são considerados como tendo cobertura de plano privado de saúde todos os indivíduos que declaram ter pelo menos um plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público (variável v1322). No caso dos serviços hospitalares, são

¹³ A PNAD-98 define plano de saúde como: “contrato ou direito adquirido individualmente ou por meio do

considerados como sendo cobertos por plano de saúde todos indivíduos que responderam ter plano de saúde que dê direito a internações (variáveis v1322 e v1340).

Como as informações sobre o tipo de serviços cobertos pelos planos só existem para os titulares, é necessário estendê-las aos dependentes e agregados. No caso dos dependentes com titular no domicílio, essa associação é direta, para os domicílios com apenas um titular. Nos domicílios com mais de um titular, os dependentes são associados ao primeiro titular, de acordo com o número de ordem, que identifica o indivíduo na pesquisa. Nos casos dos dependentes que declararam ter titular fora do domicílio, atribuiu-se as características dos planos do titular presente no domicílio, a todos dependentes e agregados. Os dependentes moradores de domicílio sem titular foram excluídos da amostra, no caso dos serviços hospitalares.

Como pode ser visto na TAB.2, das 281.695 pessoas da amostra, 80.658 (28,6%) declara ter pelo menos um plano privado de saúde. Entre esses, 42% são titulares e 42% são dependentes ou agregados, com associação direta aos seus titulares. As associações entre dependentes e titulares desconhecidas correspondem a 9,5% dos indivíduos com cobertura por plano (2,7% de toda a amostra). Os excluídos representam 4,9% do total de pessoas com plano e 1,4% de toda a amostra.

Tendo em vista a pequena proporção do grupo de pessoas com titulares desconhecidos e da população excluída da amostra, não deve haver viés nos resultados, causado pelo tipo de tratamento realizado. Além disso, a análise da distribuição de variáveis, de acordo com a condição dos dependentes em relação ao seu titular, que podem influenciar a utilização de serviços de saúde, indica que os procedimentos adotados não devem causar impacto significativo sobre os resultados analisados¹⁴.

¹⁴ Essa análise é apresentada em anexo (ANEXO I).

TABELA 2: Brasil 1998 – Distribuição da População em Estudo, por Cobertura de Plano de Saúde e Condição dos Dependentes em Relação ao Titular

Distribuição dos Indivíduos Segundo a Cobertura por plano Privado	Nº de Pessoas	% de Pessoas	% Acumulado
Sem Plano de Saúde Privado	200.950	71,34	71,34
Com Plano de Saúde Privado	80.658	28,63	99,97
Ignorado	87	0,03	100,00
Total	281.695	100,00	
Distribuição dos Indivíduos com Plano de Saúde, segundo Titularidade e Condição do Titular	Nº de Pessoas	% de Pessoas	% Acumulado
Titulares	34.012	42,17	42,17
Dependentes com Titulares Conhecidos	34.935	43,31	85,48
Dependentes com Associação Indireta ao Titular	7.713	9,56	95,04
Dependentes Excluídos da Amostra	3.998	4,96	100,00
Total	80.658	100,00	

Fonte dos dados básicos: PNAD- 98

4.3. Caracterização da População em Estudo

Uma breve caracterização da população em estudo é realizada, descrevendo as estimativas da população coberta por plano ou seguro de saúde, estrutura etária por sexo e morbidade referida. Além de fornecerem subsídios para discussão dos resultados, essas estimativas indicam as diferenças demográficas entre os grupos selecionados, ressaltando a necessidade de considerar a utilização de serviços de saúde por idade e sexo, para entender diferenças entre populações com diferentes distribuições etárias. A morbidade referida é freqüentemente usada para medir necessidade em saúde (CAMPOS, 1993). Nesse trabalho ela está representada pelas variáveis estado de saúde e doença crônica, ambos autodeclarados (variáveis v1303 e v1309-18, respectivamente)¹⁵.

¹⁵ Essas variáveis são usadas por terem período de referencia mais amplo, podendo, assim, representar a necessidade em saúde no período de referencia para utilização dos serviços de saúde. Existem outras variáveis contempladas pela PNAD-98, que podem representar necessidade, no entanto, o período de referência é muito curto.

4.4. Medidas de Utilização de Serviços de Saúde

A utilização de serviços de saúde, por certo grupo populacional, pode ser medida através de gastos, ou através de medidas diretas, não monetárias, relativas ao risco e à intensidade do uso. Nesse trabalho, são adotadas medidas pertencentes à segunda opção, que apresentam a vantagem de não serem afetadas por diferenciais de preços, custos médios, entre outras coisas.

O volume de serviços de saúde utilizados por uma população, em cada idade, é resultado da combinação de dois componentes: o risco de utilização e a quantidade utilizada, em cada idade. Sendo assim, procura-se fazer uma análise do volume total de serviços utilizados, em cada faixa de idade, e de seus componentes.

Para representar o risco de utilização dos serviços são adotadas como *proxies* as taxas de utilização de serviços de saúde por idade. Nesse caso, o evento estudado – utilização – é definido pelo uso de pelo menos uma unidade do serviço em questão. Essas medidas podem ser vistas como a cobertura populacional de consultas e internações, já que indicam a relação entre o contingente populacional que utiliza esses serviços e a população total, no período de um ano. Tais taxas são denominadas de “Taxa Específica de Utilização de Consultas” (${}_nTEC_x$) e “Taxa Específica de Utilização de Internação” (${}_nTEI_x$), para cada grupo de idade “x” a “x+n”, segundo a cobertura de plano de saúde:

$${}_nTEC_x = \frac{{}_nC_x}{{}_nP_x}$$
$${}_nTEI_x = \frac{{}_nI_x}{{}_nP_x}$$

- ${}_nC_x$ é o número de pessoas com pelo menos uma consulta em um ano, em cada grupo de idade “x” a “x+n”, obtida pela variável ‘v1347’;

- ${}_nI_x$ é o número de pessoas com pelo menos uma internação em um ano, em cada grupo de idade “x” a “x+n”, obtida pela variável ‘v1369’;
- ${}_nP_x$ é o número de pessoas entre as idades “x” a “x+n”, nesse mesmo ano.

O segundo componente do volume de serviços utilizados representa a frequência de utilização dos serviços de saúde, dado que um primeiro contato com o sistema de saúde tenha sido estabelecido. Essa é uma dimensão relevante, sobretudo no caso dos serviços ambulatoriais, por se esperar que, uma vez vencida a barreira do primeiro contato, os fatores que influenciem a frequência de uso estejam também relacionados à decisão do médico, ou provedor, em relação à quantidade de cuidado que o indivíduo deve receber (NORONHA, 2001).

Essa componente é medida pelo “Número Médio Anual de Consultas, entre Usuários desses serviços, por Idade” (${}_nNMC^u_x$) e “Número Médio Anual de Internações, por Pessoa, entre Usuários desses Serviços, por Idade” (${}_nNMI^u_x$), obtidos através das variáveis ‘v1348’ e ‘v1370’, respectivamente.

Assim, os volumes de serviços utilizados por pessoa, denominados “Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, por Idade” (${}_nNMC_x$), o “Número Médio Anual de Internações por Pessoa, por Idade” (${}_nNMI_x$), entre as idades “x” e “x+n”, podem ser representados por:

$${}_nNMC_x = {}_nTEC_x \times {}_nNMC^u_x$$

$${}_nNMI_x = {}_nTEI_x \times {}_nNMI^u_x$$

A utilização total (ou a cobertura populacional) do serviço de saúde é representada pela “Taxa Total de Utilização de Consultas” (TTC) e “Taxa Total de Utilização de Internação” (TTI), que podem ser representadas por:

$$TTC = \frac{\sum {}_nTEC_x \times {}_nP_x}{\sum {}_nP_x}$$

$$TTI = \frac{\sum_n TEI_x \times_n P_x}{\sum_n P_x}$$

O “Número Médio Anual de Consultas por Pessoa” (NMC), o “Número Médio Anual de Internações por Pessoa” (NMI) são representados por:

$$NMC = \frac{\sum_n TEC_x \times_n NMC_x^u}{\sum_n P_x}$$

$$NMI = \frac{\sum_n TEI_x \times_n NMI_x^u}{\sum_n P_x}$$

Para comparar os níveis de utilização para a população total, são calculadas medidas padronizadas, por idade, para minimizar o efeito da estrutura etária sobre o total de serviços utilizados. As medidas padronizadas são obtidas usando como padrão a estrutura etária da população sem plano de saúde. A padronização é um importante procedimento nesse caso uma vez que a variável estudada – uso de serviço de saúde – possui uma estreita relação com a idade. Assim, pode-se identificar os diferenciais de nível resultantes de diferenças na variável em questão, e não decorrente de diferenças na composição etária entre os grupos comparados.

Com o objetivo de caracterizar as internações, são estimadas duas medidas: o “tempo médio de permanência na última internação”, total (TMP) e por idade ($_nTMP_x$), e a “proporção de internações segundo o tipo de atendimento recebido”, total e por idade. O tempo médio de permanência é usado para representar a intensidade uso do serviço hospitalar. O tipo de internação é definido pelo tipo de atendimento recebido na última internação, que pode compreender diferentes tempos médios de internação.

A composição das internações é obtida com base na variável ‘v1372’, que define cinco tipos de atendimento:

- clínico: para tratamento clínico
- parto: compreendendo parto normal e cesáreo
- cirurgia
- psiquiátrico: para tratamento psiquiátrico
- exames.

Deve-se ressaltar que as perguntas da PNAD sobre o direito a algum plano de saúde referem-se ao momento em que foi realizada a pesquisa. Assim, não é possível determinar quando ocorreu a adesão ao plano, no caso das pessoas cobertas, ou se o grupo que não tem direito a plano esteve coberto anteriormente. Conseqüentemente, não é possível determinar a condição na qual estava a pessoa no momento da utilização do serviço. O cálculo das taxas de utilização envolve no denominador o tempo de exposição ao evento. Como se supõe que a posse de plano esteja associada à utilização de serviços de saúde, para sua obtenção seria necessário considerar o período de tempo de cobertura de cada pessoa.

Assim, as medidas calculadas com base nos dados da PNAD poderiam estar viesadas caso a condição em relação a cobertura por plano de saúde tenha se modificado no decorrer do ano de referência da pesquisa. Entretanto, como é provável que a situação de posse de plano não varie substancialmente num período curto período, como 1 ano, a variação do percentual de pessoas com plano não deve ser grande o suficiente para ter impacto significativo nas medidas de utilização.

4.5. Definição dos Grupos Etários

Para analisar o uso dos serviços de saúde, são construídos grupos etários, com base na análise das taxas de utilização, por idade simples. O objetivo é identificar as idades com utilização homogênea e, assim, detectar pontos de corte, que indiquem mudança no nível de serviços utilizados, entre as idades.

As amplitudes “n” dos grupos etários são estabelecidas com base em critérios quantitativos, agrupando-se as idades com taxas específicas de utilização de consultas e internações ($nTEC_x$

e $nTEI_x$) estatisticamente iguais. A comparação das taxas, por idade, são realizadas por meio de testes de diferença de proporção, considerando como diferentes as taxas para as quais as estatísticas do “valor-p” fossem menores ou iguais a 5%. Os testes são construídos da seguinte forma:

- são calculadas as taxas de uso de para serviço de saúde analisado (consultas e internações), por idade simples, considerando, como aberto, o grupo de 75 anos ou mais;
- a taxa encontrada para a idade “x” é comparada às taxas das idades subseqüentes ($x+1$, $x+2$, ..., $x+n$);
- as taxas de idades subseqüentes, que se apresentem estatisticamente iguais à taxas da idade “x”, são agrupadas, formando uma faixa etária;
- a partir da idade consecutiva ao limite superior do grupo etário formado, é realizado um novo teste, e assim sucessivamente até obter todos os grupos.

Os QUADs.2 e 3, apresentam as taxas de uso de consultas e internações, por idade simples, e os grupos etários definidos através do critério quantitativo adotado. As taxas de utilização variam significativamente entre crianças e os jovens. Nas idades adultas e avançadas, essas medidas são mais homogêneas, mostrando uma menor diferença por idade. Verifica-se que os serviços ambulatoriais sofrem uma variação mais intensa, por idade, para os quais o número de grupos etários formados é maior, comparado aos hospitalares.

O padrão etário de uso dos serviços de saúde, investigados através das medidas descritas no capítulo 4, é obtido com base nos grupos etários identificados, para os respectivos grupos de serviços analisados (ambulatoriais e hospitalares), com exceção do número médio de internações entre usuários, do tempo médio de permanência e da proporção de internações, por principal de atendimento recebido na última internação. Para essas medidas é necessário agrupar as idades de 1 até 5 e de 15 a 18 anos, tendo em vista o pequeno número de eventos nelas observados, sobretudo no caso das pessoas com posse de plano de saúde.

QUADRO 2: Taxa de Utilização de Consultas (por 100),
por Idade Simples, e Grupos Etários Construídos

Idade Simples	n_{TEC_x}	Grupo Etário	Idade Simples	n_{TEC_x}	Grupo Etário
0	82,4	0	35	58,5	35-39
1	78,7	1	36	58,7	
2	74,1	2	37	59,2	
3	69,2	3	38	59,5	
4	65,2	4	39	59,4	
5	62,2	5	40	60,3	40-44
6	59,0	6	41	60,4	
7	55,8	7	42	60,4	
8	53,2	8	43	60,8	
9	50,7	9	44	61,1	
10	48,7	10	45	62,2	45-47
11	45,8	11	46	62,7	
12	43,4	12	47	63,5	
13	41,2	13-16	48	64,7	48-52
14	40,4		49	65,0	
15	41,0		50	65,4	
16	42,2		51	65,4	
17	43,9	17	52	66,0	
18	46,0	18	53	67,1	53-57
19	47,7	19	54	68,2	
20	49,6	20-21	55	68,4	
21	50,6		56	68,5	58-59
22	51,7	22-23	57	68,4	
23	52,7		58	70,0	
24	53,3	24-25	59	71,5	60-64
25	54,4		60	72,3	
26	55,0	26-29	61	72,5	
27	55,6		62	72,7	65 e +
28	56,2		63	73,3	
29	56,1		64	74,0	
30	57,0	30-34	65	74,6	
31	57,7		66	74,5	
32	58,1		67	74,4	
33	58,2		68	74,2	
34	57,8		69	75,1	
			70 e mais	75,2	

QUADRO 3: Taxa de Utilização de Internações (por 100), por Idade Simples, e Grupos Etários Construídos

Idade Simples	$nTEI_x$	Grupo Etário	Idade Simples	$nTEI_x$	Grupo Etário
0	11,5	0	38	6,2	38-49
1	9,7	1	39	6,1	
2	7,8	2	40	6,0	
3	6,1	3	41	6,4	
4	5,0	4	42	6,2	
5	4,3	5	43	6,5	
6	3,7	6-7	44	6,5	
7	3,4		45	6,9	
8	3,1	8-10	46	6,9	
9	2,9		47	6,7	
10	2,7		48	6,8	50-53
11	2,5	11-14	49	6,9	
12	2,5		50	7,2	
13	2,4		51	7,3	
14	2,8		52	7,7	
15	3,5	15	53	8,1	54-59
16	4,4	16	54	8,7	
17	5,3	17	55	8,7	
18	6,2	18	56	9,1	
19	7,0	19-20	57	9,2	
20	7,6		58	9,6	60-64
21	7,9	21-25	59	9,9	
22	7,9		60	10,7	
23	8,1		61	11,3	
24	8,2	26-31	62	10,8	65-69
25	8,5		63	11,0	
26	8,6		64	11,4	
27	8,7		65	12,3	
28	8,4	32-33	66	12,4	70 e +
29	8,2		67	12,5	
30	8,2		68	13,1	
31	8,0	34-37	69	14,3	
32	7,7		70 e mais	16,2	
33	7,1	34-37			
34	6,9				
35	6,9				
36	6,9				
37	6,6				

5. A POPULAÇÃO EM ESTUDO: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E DO ESTADO DE SAÚDE

Como discutido no capítulo 2, a necessidade é considerada o principal determinante da utilização de serviços de saúde. As variáveis idade e sexo são associadas à necessidade e, conseqüentemente, à utilização. Sendo assim, as estruturas demográficas de cada grupo de população devem interferir no volume total de serviços de saúde por ele usado.

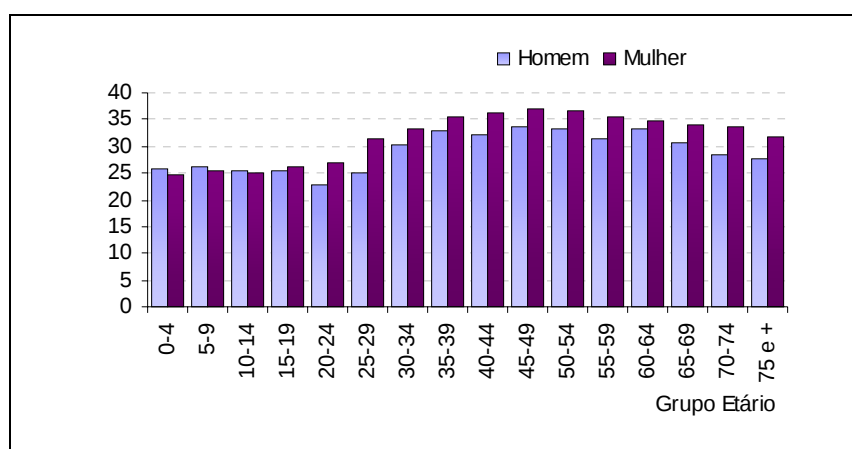
Esse capítulo descreve a população em estudo com relação às estruturas demográficas, de cobertura e de estado de saúde. São apresentadas as estimativas da população coberta por plano ou seguro de saúde, a estrutura etária por sexo e indicadores de morbidade referida, com base na base na PNAD-98. Essas estimativas, além de fornecerem subsídios para discussão dos resultados, apontam as diferenças entre os grupos selecionados, ressaltando a necessidade de considerar a utilização de serviços de saúde por idade e sexo, para entender diferenças entre populações com diferentes distribuições etárias.

5.1. Cobertura por Plano de Saúde e Estrutura Etária

Nesse trabalho, considera-se apenas a população das áreas urbanas brasileiras, correspondente a um total estimado de 125,8 milhões de pessoas, em 1998. A população coberta por plano ou seguro de saúde é estimada em 38,7 milhões de pessoas, para o Brasil, e 36,8 milhões, quando considerada apenas a área urbana, sendo que 30,4% das mulheres e 28% dos homens residentes nessas áreas possuem pelo menos um plano de saúde.

Como pode ser visto na FIG.1, a cobertura por planos por idade é bastante variável. As crianças e os jovens apresentam menores coberturas, que os adultos e idosos, em ambos os sexos. Nas idades com maior concentração de pessoas com plano, a cobertura é de 30 e 35%, para homens e mulheres, respectivamente. Nos grupos menos cobertos, os valores caem para, aproximadamente, 23%, para os homens, e 25%, para as mulheres.

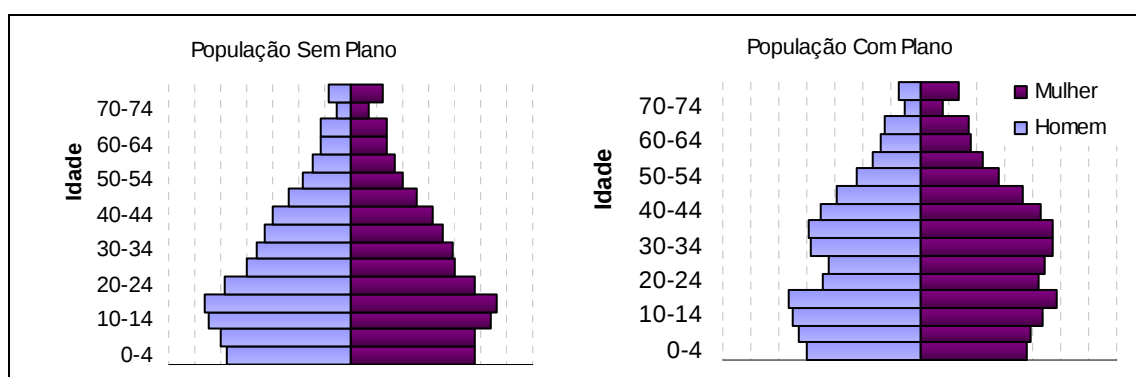
FIGURA 1: Brasil, 1998 – Proporção da População com Cobertura de Pelo Menos Um Plano ou Seguro de Saúde, por Idade e Sexo



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

Em consequência desses diferenciais, a pirâmide etária da população que possui plano de saúde é mais envelhecida do que a da população sem plano. Como pode ser visto na FIG.2, há uma maior proporção de idosos (60 anos ou mais) e mulheres entre 25 e 49 anos (intervalo que compreende o período reprodutivo), nas populações com planos de saúde. Enquanto as crianças apresentam um peso maior em relação à população total, no grupo sem plano de saúde, os idosos apresentam um peso grande na população com plano de saúde. Trata-se de dois segmentos da população que a literatura destaca como grupos de maior risco de uso de serviços de saúde.

FIGURA 2: Brasil, 1998 – Distribuição Etária por Sexo, Segundo Cobertura de Plano de Saúde (%)



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

Em um estudo realizado para os Estados Unidos, BLUMBERG (1980) encontra uma estrutura de cobertura por plano semelhante, com percentuais menores para crianças e adultos jovens. De acordo com o autor, esses jovens deixam seu *status* de dependente em relação aos pais, mas não conseguem se inserir de forma definitiva no mercado formal de trabalho, e, conseqüentemente, não conseguem ter acesso a plano de saúde. Como o maior volume de nascimentos ocorre entre mulheres nessas idades de baixa cobertura, os filhos dessas jovens também não apresentam cobertura, explicando os baixos percentuais de menores de 1 ano com plano de saúde.

No Brasil, também se observa uma relação entre posse de plano de saúde e inserção no mercado de trabalho, que poderia explicar a concentração de pessoas cobertas nas idades adultas e avançadas. Estudos mostram que há uma cobertura por planos de saúde maior, entre empregados, empregadores e aposentado. Além disso, nota-se uma predominância de planos empresariais, financiados parcialmente ou integralmente pelo empregador (BAHIA, 2000; BAHIA et al., 2002; PINTO & SORANZ, 2004).

Em relação à condição socioeconômica existe uma grande diferença segundo a cobertura por plano. A renda *per capita* das pessoas com plano é mais de 3 vezes maior que a renda das pessoas sem plano, com base nos dados da PNAD-98.

5.2. Estado de Saúde

As FIGs.3 a 5 apresentam a morbidade referida para os grupos estudados. De forma geral, as mulheres e as pessoas sem plano ou seguro de saúde tem uma morbidade referida maior, a partir das idades adultas.

Os resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos. As mulheres tendem a apresentar indicadores de morbidade maiores, comparadas aos homens. Além de relatarem doenças crônicas com mais frequência, as mulheres percebem seu estado de saúde de forma diferenciada dos homens (SASSI & BÉRIA, 2001; AQUINO et al., 1992; PINHEIRO et al., 2002).

plan

idos

as e

Dr BLUMBERG

do privado de saúde

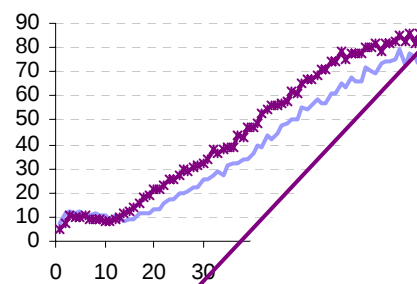
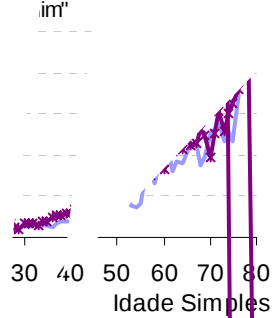
comparado às pessoas sem

– Pro
Prop

Declaração de Estado de Saúde “Ruim”
Doença Crônica, por Idade e Sexo

“Ruim”
lim”

Doenças Crônicas



AD-98

Bra
Muito

3 – Proporção de Pessoas com Doença
por Idade e Cobertura por Plano

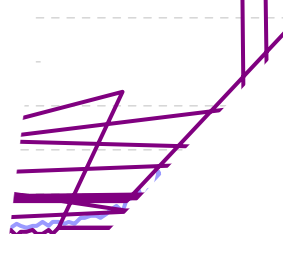
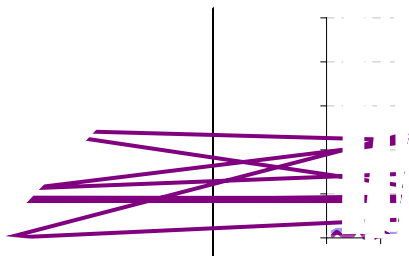
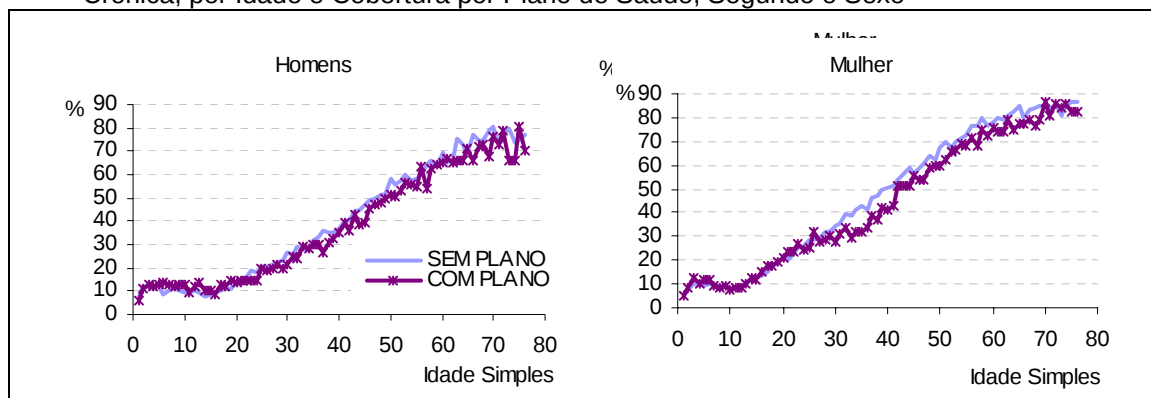


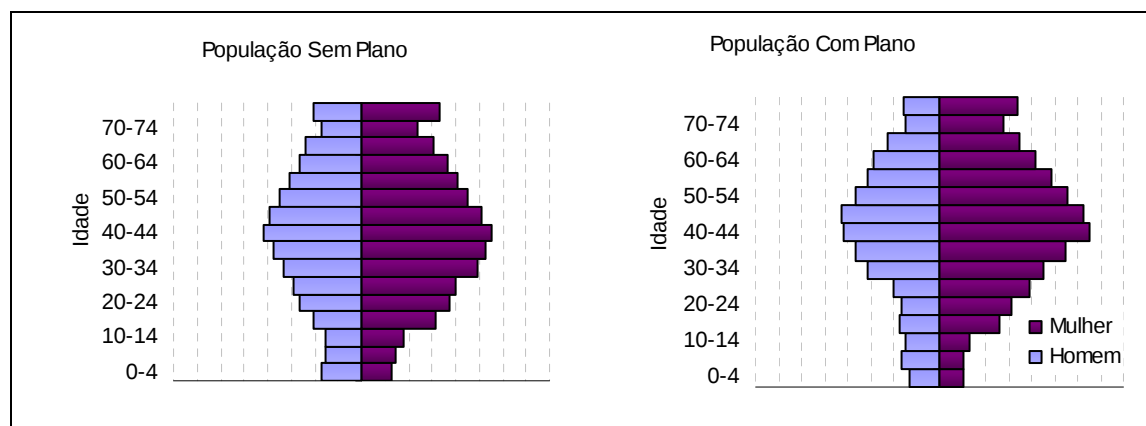
FIGURA 5: Brasil, 1998 – Proporção de Pessoas que Declarou Ter Pelo Menos Uma Doença Crônica, por Idade e Cobertura por Plano de Saúde, Segundo o Sexo



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

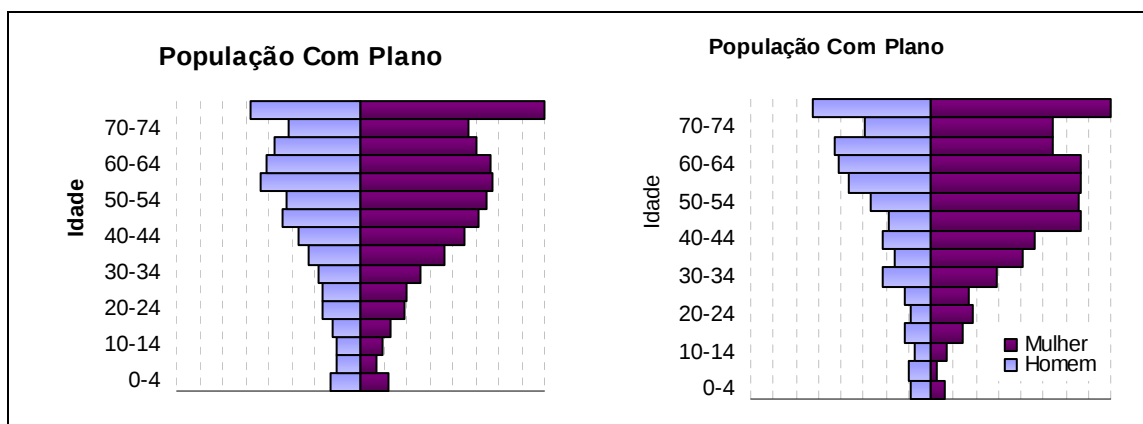
As FIGs.6 e 7 apresentam distribuições etárias da população com algum tipo de doença crônica e com estado de saúde ruim ou muito ruim. O maior peso relativo encontra-se entre os adultos e idosos, principalmente, no caso da população com avaliação negativa do estado de saúde.

FIGURA 6: Brasil, 1998 – Distribuição Etária da População Com Pelo Menos uma Doença Crônica, por Cobertura por Plano de Saúde



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

FIGURA 7: Brasil, 1998 – Distribuição Etária da População com Declaração do Estado de Saúde “Ruim” ou “Muito Ruim”, por Cobertura por Plano de Saúde



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

Os resultados aqui discutidos mostram a importância de se analisar os padrões etários de utilização dos serviços de saúde por idade e sexo. Pode-se observar uma relação entre morbidade referida, usada para medir necessidade, com a idade e o sexo. Como visto, as distribuições etárias das populações estudadas são diferentes, de forma que comparações de utilização de serviços de saúde, entre grupos populacionais, sem levar em consideração os efeitos dessas variáveis, pode revelar variações que não sejam decorrentes somente das diferenças na necessidade, mas também das estruturas demográficas da população.

6. PADRÕES ETÁRIOS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, POR SEXO E COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE

Conforme colocado anteriormente, para definir padrões de utilização dos serviços de saúde por idade, fazemos uma distinção entre serviços ambulatoriais e hospitalares. São analisadas as estruturas etárias dos componentes da utilização, quais sejam, o risco, a frequência e a intensidade de utilização.

Nesse capítulo, os resultados são apresentados em duas seções. Na primeira seção, são apresentados e discutidos os padrões etários de utilização dos serviços ambulatoriais por sexo, segundo a cobertura por plano de saúde. A última seção refere-se aos padrões de utilização dos serviços hospitalares.

6.1. Serviços Ambulatoriais

Os serviços ambulatoriais são representados pelas consultas médicas, que é a variável disponível na PNAD-98. Há uma limitação nisso, visto que existem vários outros serviços ambulatoriais. Por outro lado, considera-se que as consultas, sendo um dos principais procedimentos, represente a estrutura de uso por idade dos demais serviços de natureza ambulatorial.

Conforme colocado anteriormente, o número médio de consultas por pessoa, em cada faixa de idade, é função da taxa de utilização e do número médio de consultas entre os indivíduos que usam esse serviço. A primeira medida representa o risco de uma pessoa ter pelo menos uma consulta em um ano, e a segunda indica a quantidade de consultas usadas. A combinação dessas medidas define o volume de consultas *per capita*, em cada grupo de idade.

Os padrões de utilização dos serviços ambulatoriais são analisados em quatro subseções. Na primeira subseção, são apresentadas as estruturas etárias das taxas de utilização, por sexo. Em seguida, são apresentados os padrões etários da frequência de consultas, na população usuária desse serviço. Na subseção seguinte, discute-se os padrões de utilização para o volume de

consulta consumido por pessoa, resultante da combinação das duas medidas anteriores. Por fim é apresentada uma discussão dos resultados.

6.2.1. Taxas de Utilização de Consultas

Como mostra a TAB.3, os riscos de utilização de consultas são maiores para as mulheres e para a população com plano de saúde. As taxas de utilização de consultas são 43 e 65%, para os homens, e 59 e 77%, para mulheres, na população sem e com plano de saúde, respectivamente.

As maiores diferenças, por sexo, ocorrem na população sem plano de saúde, na qual a taxa feminina é 36% maior que a masculina. Na população com plano de saúde, essa diferença é de 18%. Quanto às diferenças segundo a cobertura por plano de saúde, as taxas de utilização, para quem tem plano de saúde, são 50% maiores, no caso dos homens, e 31%, no caso das mulheres, considerando medidas padronizadas por idade, usando a população sem plano como padrão.

TABELA 3: Brasil, 1998 – Taxa Total de Utilização de Consultas (TTC) (por 100), por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde

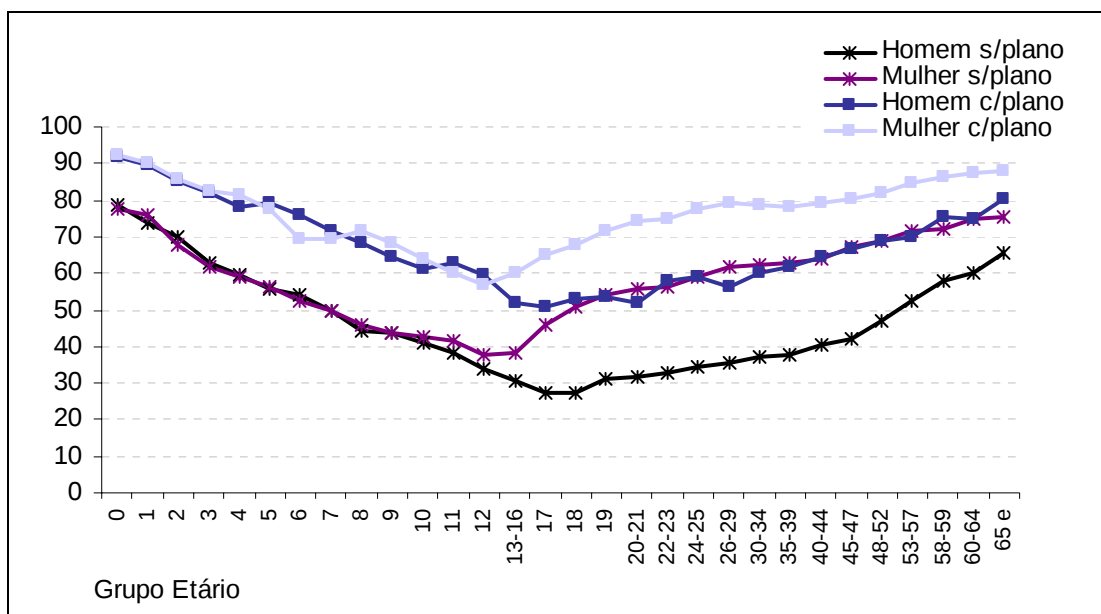
Cobertura por plano	Homens	Mulheres	Diferença %
Sem Plano	43,3	58,9	36,2
Com Plano*	64,7	76,1	17,7
Diferença %	49,5	29,3	

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

*Medida Padronizada por Idade

As taxas de utilização de consultas por idade e sexo são mostradas na FIG.8. De modo geral, observa-se um padrão condizente com o descrito na literatura, com medidas elevadas nas idades extremas, para as duas condições de cobertura por plano de saúde. As taxas de utilização são decrescentes até a adolescência, passando a crescer com a idade, para ambos os sexos. Porém, no caso das mulheres, o ponto de inflexão é mais precoce e a intensidade com que as taxas se elevam é maior. Para os homens, o crescimento é mais suave nas idades adultas, acelerando-se nas idades mais avançadas.

FIGURA 8¹⁶: Brasil, 1998 – Brasil: Taxas Específicas de Utilização de Consultas por Idade ($nTEC_x$) (por 100), por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

Não são observados diferenciais de nível, por sexo, entre crianças e adolescentes. Porém, a partir das idades iniciais do período reprodutivo, as mulheres apresentam taxas de utilização bem mais elevadas que os homens, resultando em grandes diferenciais na fase adulta. Nas idades mais avançadas, as diferenças diminuem.

Quanto ao status de cobertura por plano de saúde, a população com plano apresenta maiores taxas em todas as idades, em ambos os sexos. No caso dos homens, o ponto de inflexão, entre taxas decrescentes e crescentes, é ligeiramente mais tardio para a população sem plano de saúde. Nas idades adultas e avançadas, a população sem plano de saúde mostra uma variação maior por idade, com curva mais inclinada. No caso das mulheres, o ponto de inflexão é próximo entre os dois grupos, porém, inicialmente, as taxas crescem mais rapidamente na população sem plano.

¹⁶ Os resultados discutidos nesse capítulo são exibidos em TABs. nos Anexos I e II.

6.2.2. Frequência de Consultas entre Usuários

As mulheres e a população com plano, além de apresentarem maiores taxas de utilização, possuem maiores frequências de consultas, como mostra a TAB.4. Entre usuários de consultas durante o ano, o número médio utilizado por pessoa é de 3,4 e 3,8, no caso da população masculina, e 4 e 4,9, no caso da feminina, para as pessoas sem plano e com plano, respectivamente.

TABELA 4: Brasil, 1998 – Brasil: Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, entre Usuários (NMC^u)

Cobertura por plano	Homens	Mulheres	Diferença %
Sem Plano	3,4	4,0	18,7
Com Plano*	3,8	4,8	23,5
Diferença %	12,8	17,4	

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

*Medidas Padronizadas por Idade

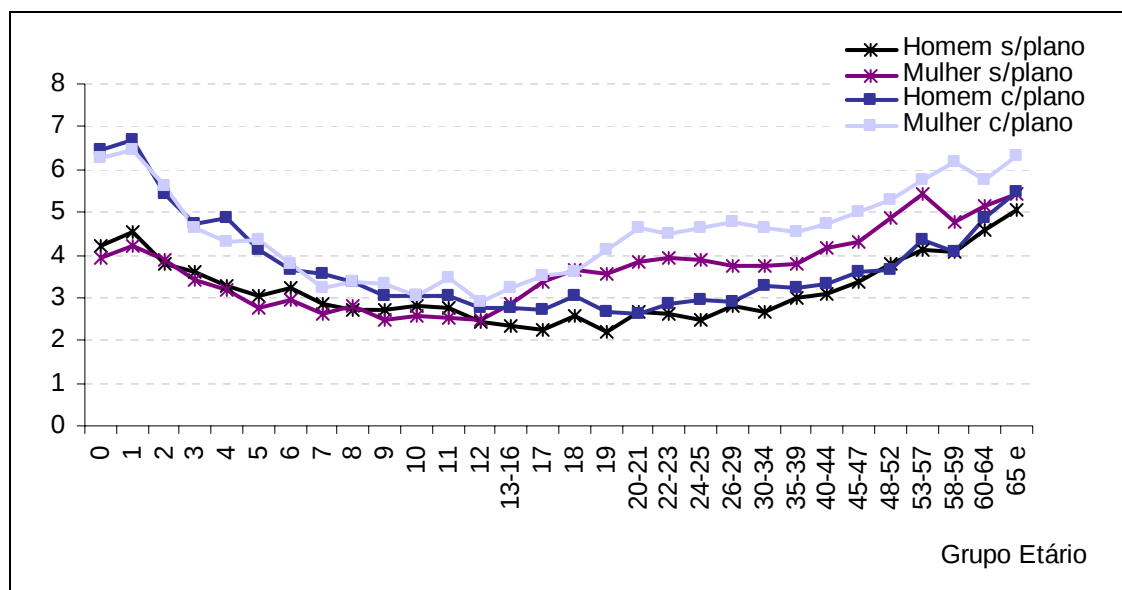
O diferencial por sexo é maior na população com plano de saúde, ao contrário do que ocorre com as taxas de utilização. O diferencial por cobertura de plano, identificado com base em medidas padronizadas, é maior entre as mulheres, sendo a frequência de consultas mais alta na população com plano.

Como observado na FIG.9, a frequência de consultas possui uma estrutura, por idade, semelhante à observada para as taxas. O número médio de consultas das mulheres é praticamente igual ao dos homens, nas primeiras idades. A partir do início do período reprodutivo, as mulheres se consultam mais que os homens, com diferenciais consideráveis nas idades adultas.

Os padrões das frequências por idade também variam, segundo a condição de cobertura por plano de saúde. Tanto na população masculina como na feminina, há um decréscimo da frequência de consultas anuais, entre as idades da infância e as idades jovens. Esse declínio é mais acentuado na população com plano de saúde. As crianças apresentam-se como grupo de maior frequência de consultas, na população com plano, enquanto, na população sem

cobertura de plano de saúde, os idosos são responsáveis pela maior frequência de uso desses serviços.

FIGURA 9: Brasil, 1998 – Número Médio Anual de Consultas por Pessoa entre Usuários, por Idade ($nNMC_x^u$), Sexo e Cobertura por Plano de Saúde



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

Em relação ao nível de consultas em cada idade, a população com plano de saúde exhibe números médios de consultas maiores, para grande parte dos grupos etário, com diferenças acentuadas entre as crianças. Essas diferenças diminuem com a idade, sendo que no caso dos homens, as frequências de consultas são muito semelhantes, a partir dos 10 anos. Isso indica que, embora haja diferenças nos riscos de se utilizar os serviços ambulatoriais em todas faixas etárias, uma vez que os indivíduos recorrem e recebem a primeira consulta, as diferenças na frequência de utilização, segundo o status de cobertura de plano, tendem a diminuir com aumento da idade.

6.2.3. Volume de Consultas Utilizadas

Como resultado da combinação das medidas anteriores, obtém-se o número médio anual de consulta *per capita*.

Como mostrado na TAB.5, as pessoas com plano de saúde e as mulheres têm número médio anual de consultas maior, comparadas aos homens e às pessoas que não tem plano. Em relação às diferenças por sexo, o número médio de consultas *per capita* para os homens é 61% e 51% menor, para a população sem e com plano de saúde, respectivamente, comparado às mulheres. Para a população sem cobertura por plano de saúde, grande parte desse diferencial provém de diferenças nas taxas de utilização. Para a população com plano de saúde, a frequência de consultas, entre usuários desses serviços, é a responsável pela maior parte da diferença no número médio de consultas *per capita*.

TABELA 5: Brasil, 1998 – Brasil: Número Médio Anual de Consultas por Pessoa (NMC)

Cobertura por plano	Homens	Mulheres	Diferença %
Sem Plano	1,5	2,4	61,7
Com Plano*	2,5	3,6	45,4
Diferença %	68,7	51,7	

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

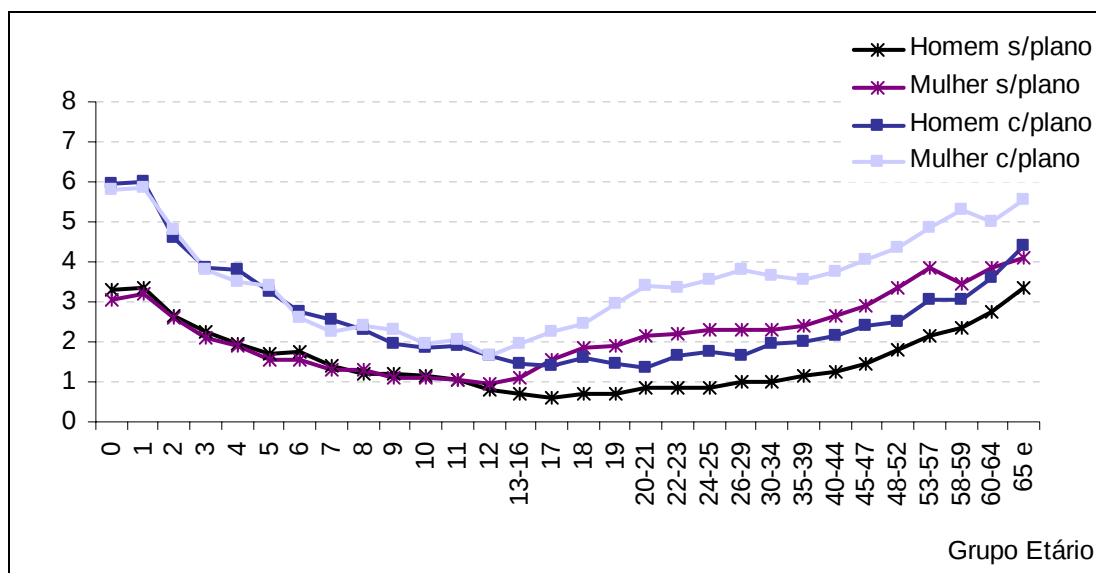
*Medida Padronizada por Idade

Observando o padrão etário de consultas *per capita* anuais, pela FIG.10, verifica-se que, entre as crianças, o número médio de consultas é praticamente igual, para ambos os sexos. Nas mulheres, essa medida passa a crescer, a partir do início do período reprodutivo. Nos homens, a elevação ocorre de forma mais intensa a partir do grupo etário de 35-39 anos, ponto a partir do qual a inclinação da curva aumenta com a idade. Os maiores diferenciais por sexo são observados na população com plano. É interessante notar que, a partir dos 17 anos, a média de consultas para mulheres sem plano ultrapassa a dos homens com plano.

Com respeito à cobertura por plano, a variação do número de consultas por pessoa, por idade, é maior entre aqueles com plano de saúde. Nota-se uma diferença de nível, entre essas populações, com as maiores diferenças entre as crianças e adolescentes. Isto ocorre porque, na população com plano de saúde, o volume de serviços utilizados decresce mais rapidamente para os primeiros grupos etários, tendo a curva uma inclinação maior, em relação à população sem plano (FIG.10). O diferencial de nível pode ser explicado, na maior parte, pelas diferenças nas taxas de utilização. Em outras palavras, a maior utilização de consultas pela população

com plano é resultante, em grande medida, de uma maior proporção de pessoas usando esses serviços.

FIGURA 10: Brasil, 1998 – Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, por Idade (n_{NMC_x}), Sexo e Cobertura por Plano de Saúde



6.2.4. Discussão

Os resultados indicam uma grande variação da utilização de consultas por idade. Crianças, idosos e mulheres em idade reprodutiva apresentam um maior número de consultas *per capita*, em consequência de maiores taxas de cobertura e maior frequência de uso desses serviços. Chama atenção o rápido decréscimo dessas medidas entre as crianças, sobretudo na população com plano de saúde. Para a população cujo principal acesso ocorre através do sistema público, esse ritmo é mais suave, decorrente de menores variações da frequência de consultas, nessas idades.

Em relação aos diferenciais por sexo, de modo geral, as mulheres apresentam tanto um maior risco de utilização como uma maior frequência de uso de consultas médicas, em todas faixas etárias. Na infância, esses diferenciais são pequenos.

Em parte, a diferença na utilização de consulta, entre homens e mulheres, pode ser explicada pela variação na necessidade por sexo. A semelhança na utilização entre as crianças, por exemplo, coincide com o fato de que, para essas faixas etárias, as variáveis de necessidade não apontam diferenças, entre homens e mulheres. Como visto no capítulo 5, a proporção de pessoas com estado de saúde declarado como “ruim e muito ruim” é maior nas mulheres, somente a partir da fase adulta. Em relação às doenças crônicas, as diferenças aparecem a partir adolescência. Com o aumento da idade, elevam-se as diferenças na morbidade referida, por sexo, aumentando também as variações no risco e na frequência de consultas anuais.

Outra explicação amplamente destacada na literatura está no maior uso de serviços, por parte das mulheres, por motivos relacionados à saúde reprodutiva. Como visto, as maiores diferenças são observadas na fase adulta, nas quais as mulheres podem apresentar maior uso tanto por motivos relacionados à gravidez e por aspectos relacionados à saúde reprodutiva, como controle da fecundidade e necessidade de exames ginecológicos preventivos¹⁷ (VERBRUGGE, 1989; KAZANJIAN et al., 2004; PINHEIRO et al., 2002).

Por outro lado, conforme salientado, as relações de gênero têm um grande papel no uso de consultas. Homens e mulheres expressam e percebem os seus estados de saúde e a presença de doenças de forma diferenciada, o que influencia nas suas decisões de procura por atendimento (TRAVASSOS et al., 2002). Vários estudos verificam que a população feminina percebe mais os problemas de saúde, como resultado de sua função reprodutiva e seu papel social. As mulheres carregam responsabilidades em relação à identificação de sintomas, que resulta em busca por serviços de saúde preventivos e de diagnóstico (VERBRUGGE, 1989; GREEN & POPE, 1999).

Em relação à posse de plano de saúde, os números médios de consultas para as pessoas com plano de saúde são maiores, comparando medidas padronizadas por idade, resultado de

¹⁷Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso de serviços ambulatoriais maior entre a população feminina é associado à maior busca por diagnóstico e exames preventivos (VERBRUGGE, 1989). Essa pode ser uma explicação plausível para o fato das mulheres possuírem maiores frequências de uso.

diferenças observadas em, praticamente, todas as idades. Comparativamente a outras populações, o volume de consulta *per capita* mostra-se bastante inferior ao esperado, no caso da população sem plano de saúde (1,5 e 2,4, para homens e mulheres respectivamente). Apesar das diferenças demográficas, epidemiológicas, entre outras, entre populações, em média o número médio de consultas anuais, em várias populações, tem sido entre 3 e 4 consultas por pessoa, como pode ser visto na TAB.6.

TABELA 6: Média anual de consultas, por pessoa, para diversos países

Autor	País	Nº Consultas
Salber et al. (1976)	Estados Unidos	3,8 brancos / 2,8 negros
Blumberg (1980)	Estados Unidos	4,05 e 4,15 plano privado / 4,33 sem plano
Mapelli (1993)	Itália	4,3
Alberts et al. (1997)	Curaçao	3,3

Fonte: Blumberg (1980); Sassi & Béria (2001).

O diferencial segundo posse de plano é resultado, principalmente, de maiores taxas de utilização de consultas observadas na população com plano, em todas as faixas de idade, para ambos os sexos. Como mostra a TAB.7, embora essas taxas variem em função dos atributos de risco observados em cada população, os dados existentes para vários grupos populacionais mostram uma cobertura anual de consultas entre 60 e 80% (para ambos os sexos)¹⁸.

TABELA 7: Percentual de pessoas com uso de consultas, em um ano, para diversos países

Autor	País	Tipo de Médico	Cobertura (%)
Salber et al. (1976)	Estados Unidos	Todos	Brancos 70 / Negros 65
Blumberg (1980)	Estados Unidos	Todos	60 e 65,7% com plano / 57% sem plano
Fylkesnes (1993)	Noruega	Generalista	62,7
Nolan (1994)	Irlanda	Generalista	60,3
Kazanjian et al. (2004)	Canadá	Todos	81,3 (ambos os sexos) / 87,2 Mulheres

Fonte: Blumberg (1980); Sassi & Béria (2001); Kazanjian et al. (2004).

As frequências de uso, somente entre usuários, também são maiores para população com plano, principalmente, para mulheres e crianças. Nesse caso, não se descarta a possibilidade de

¹⁸ De acordo com SASSI & BÉRIA (2001), nota-se uma homogeneidade dos dados encontrados para vários

excesso de utilização, no caso da população com plano de saúde, em decorrência de risco moral, por parte de provedores e consumidores. Como visto, a frequência de consulta sofre influência da decisão do médico, uma vez que esse profissional, além de prestar o serviço, decide sobre a necessidade de tratamento, consultas de retorno e encaminhamentos para outros serviços. Assim, na ausência de mecanismos de controle e racionalização do uso, pode haver conflito entre o nível de utilização que garante o bem estar do paciente e o que o médico espera ganhar, se prestar mais serviços. Além disso, o consumidor pode ter incentivo de se comportar diferentemente pelo fato de ter seguro e, assim, realizar mais visitas ao médico (ANDREAZZI, 2003; MIRANDA, 20003; VAN de VEN, 2000)¹⁹.

Os resultados sugerem que as pessoas cobertas por plano de saúde apresentam número médio anual de consultas por pessoa mais próximo do que seria um nível esperado, como resultado de taxas de utilização de consultas mais abrangentes. Para os indivíduos que dispõem exclusivamente do SUS, as taxas indicam baixa cobertura, evidenciando uma insuficiência da oferta, ou uma ineficiência na sua forma de organização. Como ressaltado, a utilização de serviços de saúde depende também da forma como a oferta se distribui espacialmente, determinando a distância a ser percorrida pelos indivíduos, que necessitam de cuidados médicos.

6.3. Serviços Hospitalares

Nessa seção são analisados os padrões etários da utilização de serviços hospitalares, por meio das taxas de utilização de internações, frequência de internações entre usuários, número médio de internações por pessoa, e caracterização das internações por tipo de atendimento e tempo médio de permanência, na última internação.

6.3.1. Taxas de Utilização de Internações

As taxas de internações padronizadas por idade são maiores para mulheres e população com plano ou seguro de saúde. Como pode ser visto na TAB.8, para cada 100 homens,

¹⁹ STANCIOLI (2002) e MAIA (2004) verificam a presença de risco moral para consultas, no sistema suplementar no Brasil.

aproximadamente, 5 se internam no grupo com cobertura por plano, e 6,2, no grupo sem plano. No caso das mulheres, 8,2 (sem plano) e 9,5 (com plano) se internam, durante o ano. As maiores diferenças por sexo ocorrem na população sem plano.

TABELA 8: Brasil, 1998 – Taxas de Utilização de Internações (TTI) (por 100), por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde

Cobertura por Plano	Homens	Mulheres	Diferença %
Sem Plano	4,8	8,2	69,9
Com Plano*	6,0	9,5	57,3
Diferença %	24,2	14,9	

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

*Medida Padronizada por Idade

Os padrões das taxas de utilização por idade, como mostrado na FIG.11, se diferenciam entre homens e mulheres, a partir das idades características do início do período reprodutivo. De forma geral, as taxas de utilização decrescem rapidamente entre crianças, para ambos os sexos.

No caso da população masculina, as taxas se mostram praticamente constantes, entre idades jovens e adultas. Nas idades adultas, as taxas voltam a se elevar, aumentando o ritmo de acréscimo nas idades avançadas.

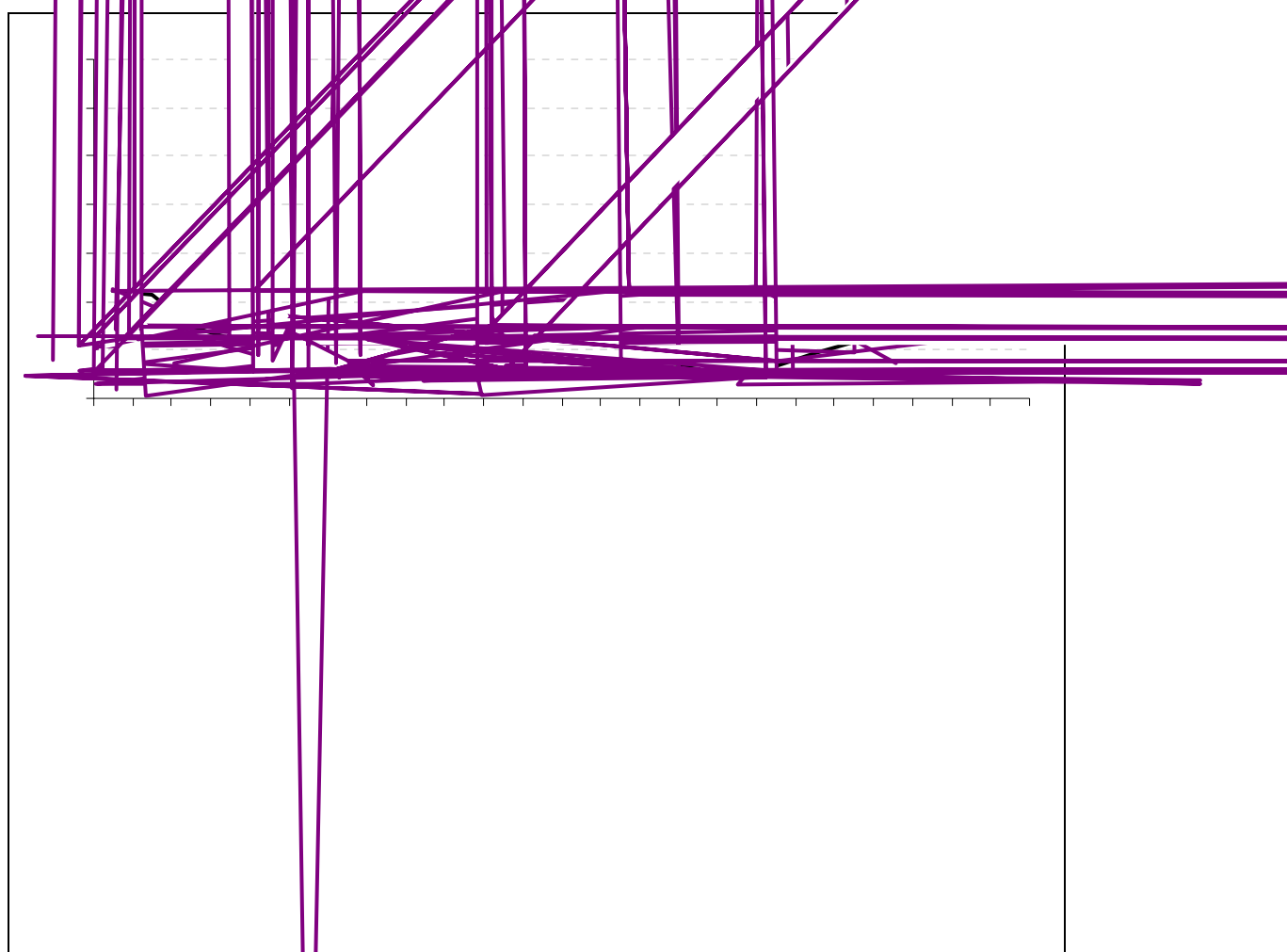
No caso das mulheres, as taxas se elevam rapidamente no início do período reprodutivo, sendo o máximo atingido nas idades adultas, porém em idades mais tardias para a população com plano. A partir dessas idades, as taxas decrescem rapidamente, voltando a se elevar nas idades avançadas (FIG.11). Essa diferença entre as mulheres pode ser explicada por uma diferença de fecundidade, segundo a posse de plano de saúde: mulheres com plano de saúde possuem uma fecundidade mais tardia²⁰.

Em relação aos diferenciais de nível, por sexo, nas idades adultas, as mulheres apresentam taxas maiores que os homens, para as todas as idades. Os diferenciais são grandes durante todo o período reprodutivo (15-49 anos), indicando que grande parte do uso de internações

²⁰ No item 6.3.4 são observados diferenciais de internações por motivo de parto, segundo a cobertura por plano, que sugerem essa diferença na estrutura de fecundidade.

observada na mulher. A ocorrência de rotinas de reprodução e cuidados com a saúde, as interações por motivo de parto, as estruturas sociais das famílias e todas as outras características semelhantes, para homens e mulheres.

FIGURA 11: Brasil 2013 – Taxas Específicas de Internação, por Sexo Cobertura do Plano de Saúde



Quanto à condição de posse de plano de saúde, no caso dos homens, a população com plano possui taxas ligeiramente maiores, a partir das idades adultas. No caso das mulheres, há uma diferença nas idades adultas e avançadas. Desconsiderando as internações por parto, as mulheres com plano de saúde apresentam taxas ligeiramente maiores, para praticamente todas as idades, em relação àquelas sem plano.

6.3.2. Frequência de Internações entre Usuários

Uma vez que uma pessoa tenha se internado durante o ano, a frequência com que ela se interna pode variar, visto que ela pode experimentar readmissão hospitalar. De acordo com CASTRO (2004), as admissões hospitalares múltiplas, raramente estudadas, podem estar associadas, entre outros fatores, à qualidade do tratamento recebido, altas prematuras e à presença de doenças crônicas ou terminais. Sendo assim, é possível que essas readmissões sofram variações em função da idade, sexo, características do serviço, bem como status de cobertura por plano de saúde.

Como se nota na TAB.9, contrariamente ao observado para as taxas, o número médio de internações, entre usuários desses serviços, é maior entre os homens e as pessoas sem cobertura por plano de saúde.

TABELA 9: Brasil, 1998 – Número Médio Anual de Internação, por 100 Pessoas, entre Usuários (NMI^u), por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde

Cobertura por plano	Homens	Mulheres	Diferença %
Sem Plano	150,0	136,8	-8,8
Com Plano*	132,2	126,4	-4,3
Diferença %	-11,9	-7,6	

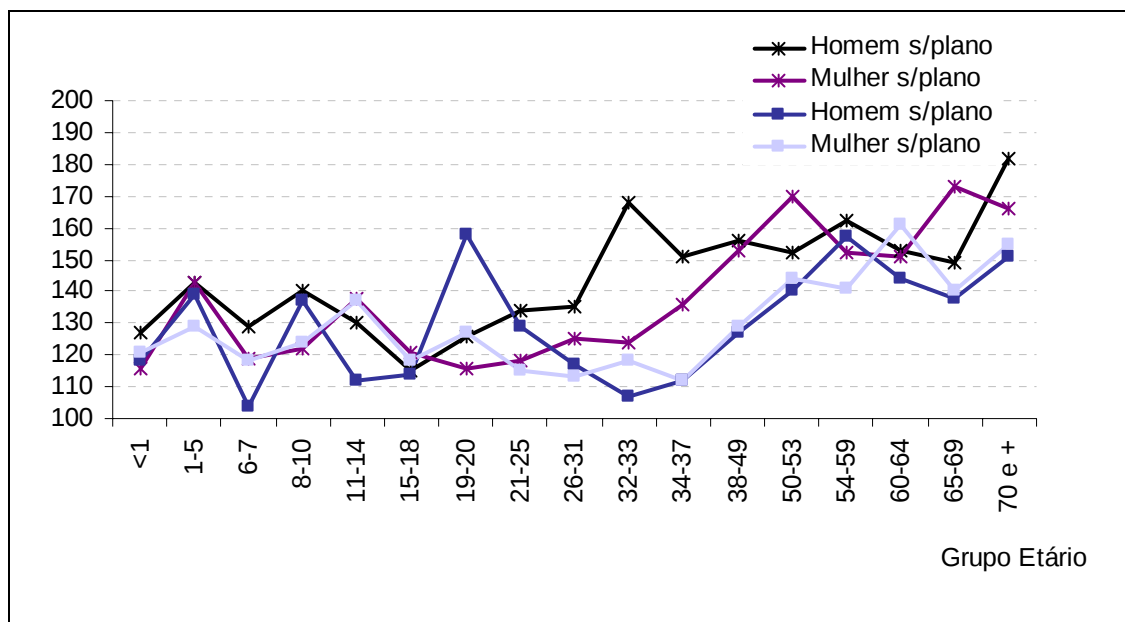
Fonte dos dados básicos: PNAD-98

* Medida Padronizada por Idade

Em relação à idade, como pode ser visto na FIG.12, embora as medidas encontradas apontem um alto grau de flutuação, observa-se uma maior frequência de internações para os grupos etários avançados. Para a população com cobertura exclusiva do SUS, há uma diferença entre

homens e mulheres, nas idades adultas (especificamente nas idades reprodutivas), para as quais o número médio de internações masculinas é maior.

FIGURA 12: Brasil, 1998 – Número Médio Anual de Internações (por 100 pessoas) entre Usuários, por Idade ($nNMI_x^u$), Sexo e Cobertura por Plano de Saúde



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

Quanto à cobertura por plano, no caso dos homens as readmissões são mais frequentes entre aqueles sem plano, sobretudo nas idades adultas. Entre as mulheres, observa-se uma diferença no período fértil, com maiores freqüências de internações para mulheres sem plano. Esses resultados sugerem maiores readmissões hospitalares, entre pessoas com cobertura exclusiva do SUS.

6.3.3. Volume de Internações Utilizadas

O número médio anual de internações por pessoa, mostrado na TAB.10, é resultado da combinação das taxas de utilização de internações e da freqüência com que as pessoas se internam, durante o ano.

TABELA 10: Brasil, 1998 – Número Médio Anual de Internação, por 100 Pessoas (NMI), por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde

Cobertura por plano	Homens	Mulheres	Diferença %
Sem Plano	7,3	11,3	55,0
Com Plano*	7,9	11,5	44,5
Diferença %	9,4	2,0	

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

* Medida Padronizada por Idade

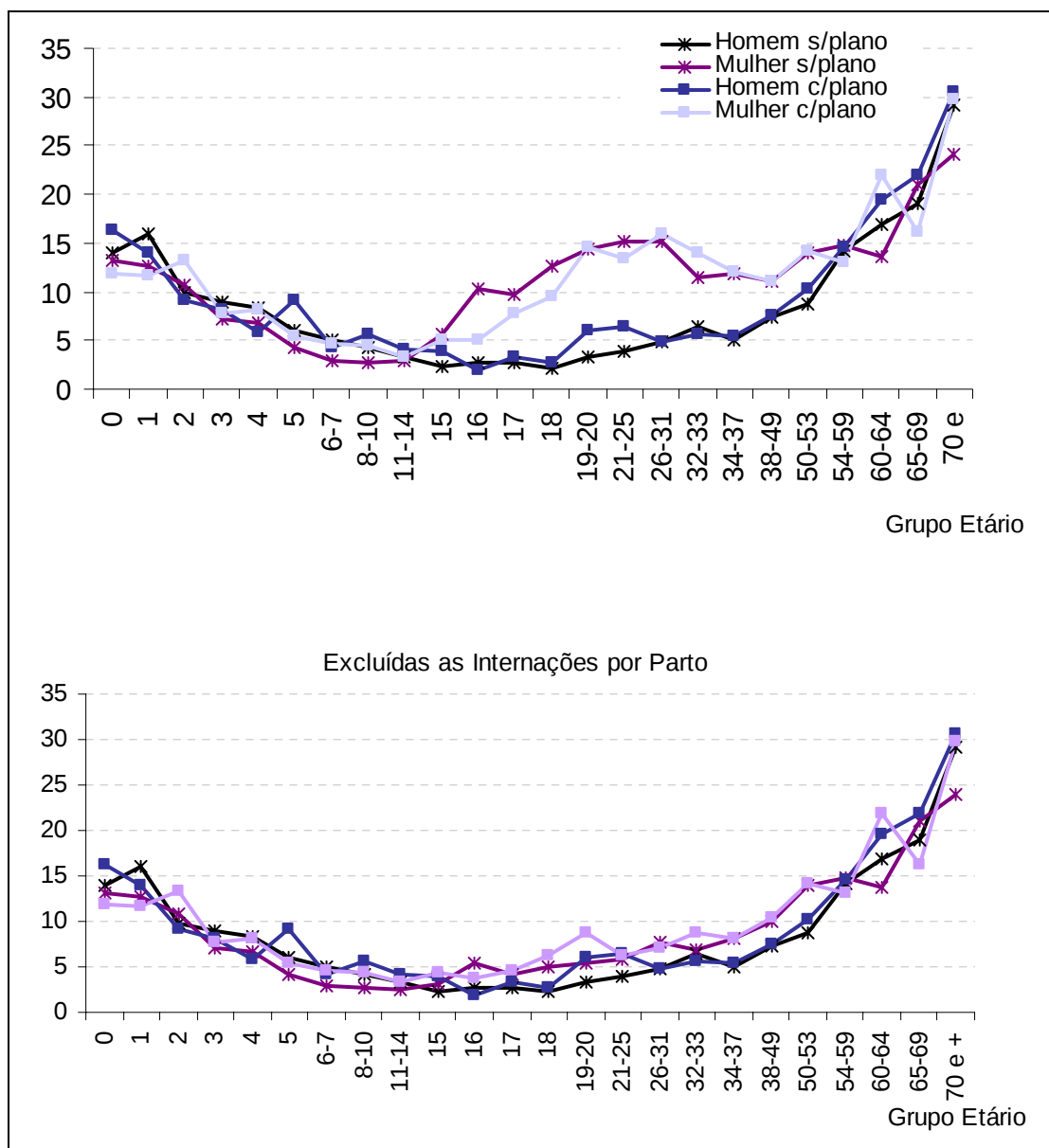
Os homens e a população sem plano de saúde apresentam os menores valores, em decorrência das menores taxas de utilização. As maiores diferenças, por sexo, são observadas na população sem plano de saúde. Em relação à posse de plano, os homens apresentam as maiores diferenças.

O padrão etário do número de internações por pessoa, apresentado na FIG.13, mostra que as crianças, principalmente menores de 1 ano, as mulheres e a população em idade avançada são as maiores “usuárias” de internações. As pessoas em idades avançadas figuraram o primeiro lugar entre esses grupos, visto terem evidenciado não somente um risco maior de terem uma internação, como também de apresentarem uso desses serviços mais de uma vez, durante o ano.

Quanto às diferenças por sexo, as mulheres têm um número médio maior de internações *per capita*, para as idades do período reprodutivo, comparadas aos homens. Essa diferença diminui consideravelmente, quando desconsideradas as internações por motivo de parto.

Em relação à cobertura por plano de saúde, a população com plano de saúde apresenta os maiores números médios de internações por pessoa, como consequência de uma maior cobertura anual de internações, visto que esse grupo apresenta maiores taxas de utilização.

FIGURA 13: Brasil, 1998 – Número Médio Anual de Internações (por 100 Pessoas), por Idade ($nNMI_x$), Sexo e Cobertura por Plano de Saúde



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

6.3.4. Caracterização das Internações

Conforme observado, há uma variação no padrão etário de utilização de internações, tanto por sexo como por condição de cobertura por plano de saúde. Esses padrões podem estar diferenciados também segundo a intensidade de uso das internações e os tipos de atendimento

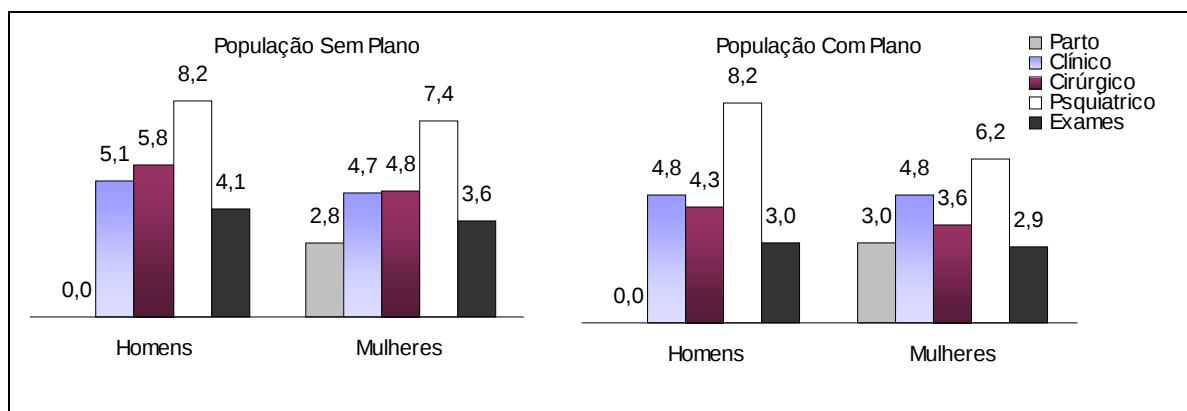
recebidos, na última internação. A intensidade do uso, que aqui é representada pelo tempo médio de permanência da última internação, por sua vez, pode variar de acordo com o tipo de atendimento recebido.

De maneira geral, embora os homens e a população com plano apresentem as menores taxas de utilização dos serviços hospitalares, a intensidade de uso (além da frequência) é maior entre eles. Entre a população com plano de saúde, o tempo médio permanência hospitalar é de 4,6 e 3,9 dias, para homens e mulheres respectivamente. No caso da população sem plano de saúde, as médias de dias internados são 5,3 (homens) e 4,1 (mulheres).

Como se pode verificar na FIG. 14, comparando o tempo médio de permanência, segundo o tipo de atendimento recebido, essa tendência persiste, com os homens e a população com plano permanecendo internados por mais tempo, para todos os tipos de atendimento. A maior média de permanência, com relação ao tipo de atendimento, ocorre nas internações psiquiátricas. Esse resultado é esperado, uma vez que os tratamentos psiquiátricos são, em geral, de longa duração. Para os demais tipos de atendimento, na população sem plano de saúde, o maior tempo de permanência é observado nas internações cirúrgicas, seguidas das clínicas e exames, para ambos os sexos. Entre as pessoas com plano, as internações mais longas são as clínicas, figurando as cirúrgicas em segundo lugar. As internações por motivo de parto possuem um dos menores tempos de permanência.

Para uma investigação mais aprofundada desses diferenciais de tempo médio por internação, seria necessária uma desagregação maior dos tipos de atendimento. Os grupos considerados nesse trabalho, e que são permitidos pela PNAD-98, podem agrupar tipos de atendimento bastante diversos, em cada tipo de cobertura.

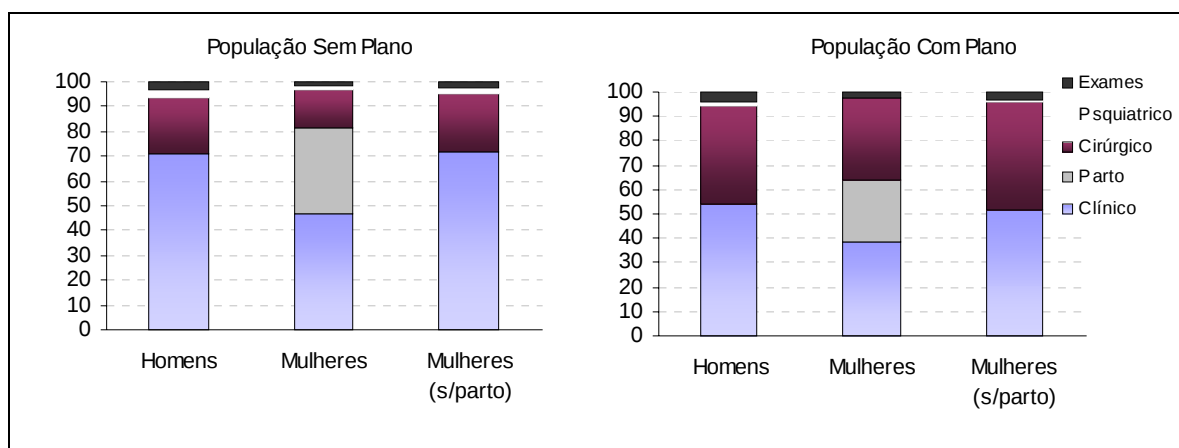
FIGURA 14: Brasil, 1998 – Tempo Médio por Internação (Dias) (TMP), por Sexo, Tipo de Atendimento Principal Recebido e Cobertura por Plano de Saúde



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

Existem diferenças também na composição das internações, conforme apresentado na FIG.15. Quando excluídas as internações por parto, os atendimentos clínicos são predominantes, em ambos os sexos e condições de cobertura por plano. No entanto, chama atenção a participação das internações cirúrgicas, entre a população com plano, para a qual os percentuais são bem maiores, comparada à população sem plano. Outra diferença marcante é a existência de uma maior proporção de internações por motivo de parto, entre as mulheres sem plano.

FIGURA 15: Brasil, 1998 – Distribuição % das Internações, por Sexo, Tipo de Atendimento Recebido e Cobertura por Plano de Saúde

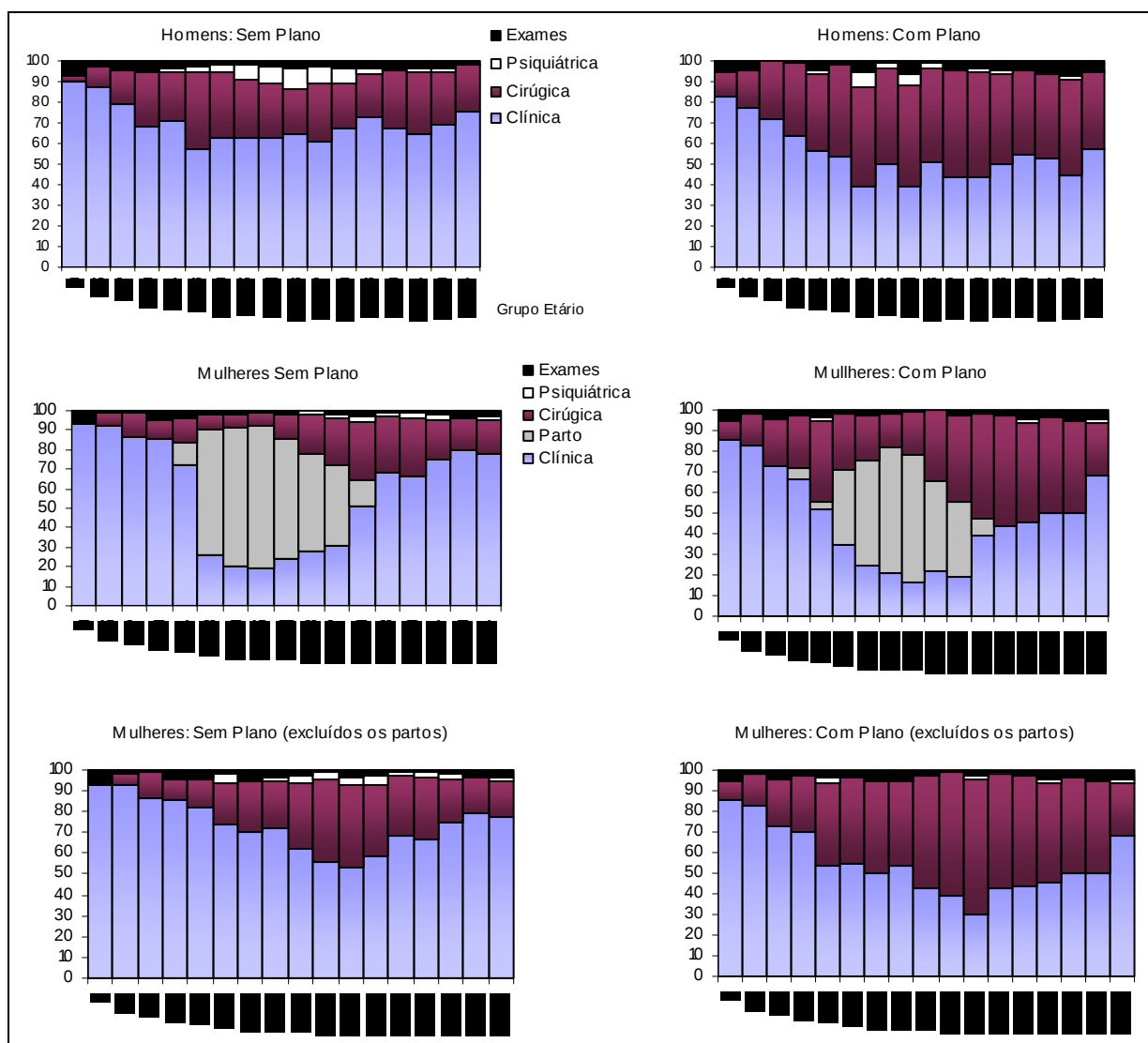


Fonte dos dados básicos: PNAD-98

A FIG.16 apresenta a distribuição das internações por tipo de atendimento recebido, por idade. Como se pode observar, a proporção de internações cirúrgicas é maior na população com

plano, para praticamente todas as idades. Para algumas idades jovens e adultas, as internações cirúrgicas apresentam-se como maioria. Na população sem plano, as internações clínicas predominam, em todas as idades (desconsiderando-se os partos).

FIGURA 16: Brasil, 1998 – Distribuição % das Internações, por Idade, Sexo, Tipo de Atendimento Principal Recebido e Cobertura por Plano de Saúde



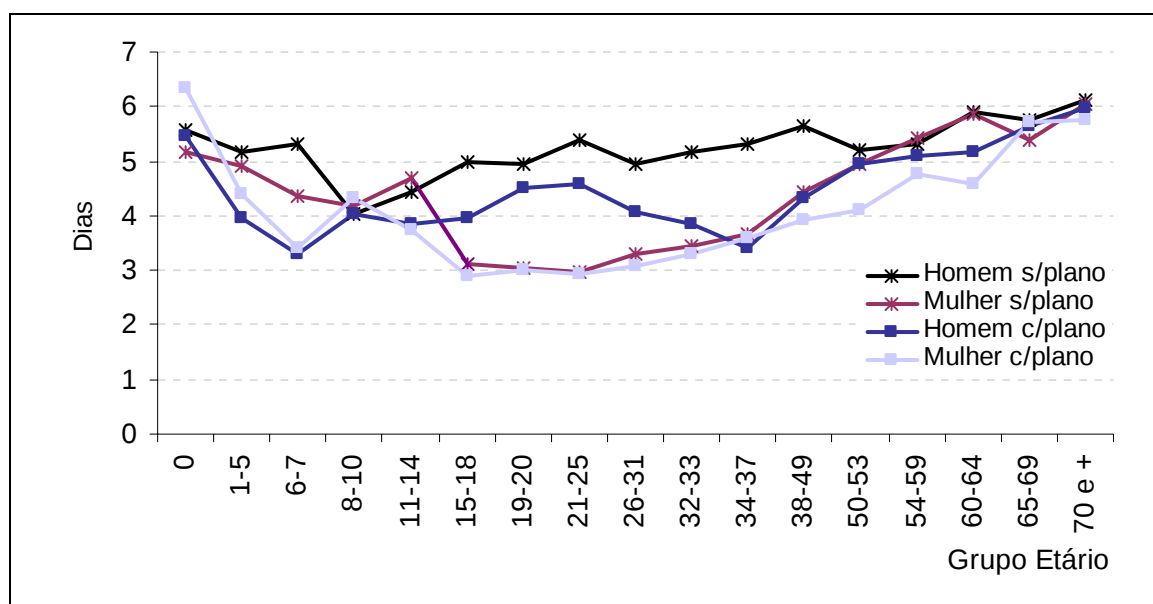
Fonte dos dados básicos: PNAD-98

Analisando a intensidade de uso de internações, notam-se algumas diferenças por idade, como se verifica na FIG.17. No caso das mulheres, a média de dias internados é mais alta entre as crianças e idosos. Há um decréscimo do tempo médio de permanência, durante as idades adultas, coincidindo com a fase da vida em que as internações por motivo de parto são

predominantes. Isso ocorre porque, como visto, esse tipo de internação figura entre as de menor duração, dentre os tipos aqui analisados.

No caso dos homens, para aqueles com plano de saúde, a média de dias de permanência é alta para os menores de 1 ano, para os quais predominam as internações clínicas. As médias voltam a aumentar, a partir da adolescência, apresentando-se maiores nas idades adultas, nas quais se percebe um aumento das proporções de internações psiquiátricas. A partir desse ponto elas decrescem até a idade de 34-37 anos, quando então passam aumentar com a idade, em um ritmo acelerado.

FIGURA 17: Brasil, 1998 – Tempo Médio de Permanência por Internação (Dias), por Idade (nTMPx), Sexo e Cobertura por Plano de Saúde



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

Na população com cobertura exclusiva do SUS, as mulheres apresentam tempo médio de permanência menor que os homens, para a maior parte dos grupos etários, sendo o diferencial maior entre as idades reprodutivas. Na população com plano de saúde, as internações entre mulheres têm duração média maior, entre as idades da infância, causada, em parte, pela maior proporção de internações clínicas.

Em relação à condição de cobertura de plano de saúde, no caso dos homens, o tempo médio é maior para aqueles cobertos apenas pelo sistema público, para praticamente todas as idades. Entre as mulheres, o tempo médio de duração é bem semelhante, nas idades em que predominam as internações por parto, visto que as durações médias das internações desse tipo de atendimento são semelhantes entre as duas populações.

6.3.5. Discussão

A utilização dos serviços hospitalares por idade aponta números médios de internações decrescentes na infância, e crescentes, a partir do início do período reprodutivo, para mulheres, a partir das idades adultas, para os homens, atingindo altas médias na população idosa. Os grupos que exibem os maiores riscos de uso são as crianças, as mulheres em idade reprodutiva, os idosos e a população com plano de saúde. Por outro lado, os homens e a população sem plano usam os serviços hospitalares com mais intensidade, apresentando as maiores frequências e os maiores tempos médios de permanência por internação.

A relação entre uso de serviços hospitalares e idade e sexo é esperada, explicada pela variação nas condições biológicas, deterioração das condições fisiológicas, de morbidade e, portanto, de necessidade. De acordo com estudo de CASTRO et al. (2002), a necessidade é o fator mais explicativo na utilização de internações no Brasil.

O fato das mulheres apresentarem maiores riscos de internação no ano, em parte, está relacionado às diferenças de morbidade por sexo. As mulheres apresentam indicadores de morbidade e necessidade maiores que os homens, o que torna seus riscos de internação maiores (CASTRO et al., 2002; NEWBOLD et al., 1995; PINHEIRO et al., 2002). Por outro lado, os homens exibem maior frequência e maior tempo médio de internação. Resultado semelhante é observado para população americana, onde o tempo médio de permanência no hospital é maior para a população masculina (NCHS, 1996, citado por PINHEIRO et al., 2002). Uma hipótese é que, embora as mulheres declarem pior estado de saúde e apresentem maior proporção de doenças crônicas, os homens tendem a exibir excesso de morbidade relacionada às condições de maior gravidade e maior letalidade. Além disso, os homens usam

menos os serviços preventivos, o que resulta em maior busca por serviços curativos, sob condições de saúde piores, comparados às mulheres (VERBRUGGE, 1989; PINHEIRO et al., 2002).

As diferenças de estrutura e de nível de utilização, segundo a posse de plano de saúde, no caso da população feminina, encontram-se relacionadas às diferenças nos riscos de internações por motivo de parto. No caso dos homens, as estruturas de utilização internações por idade são semelhantes, para as duas condições de cobertura por plano consideradas.

Existem algumas hipóteses para explicar as diferenças por cobertura de plano de saúde. A população com cobertura exclusiva do SUS apresenta taxas de utilização menores. Se comparadas aos Parâmetros Assistenciais do SUS, as taxas de cobertura de internações para população sem plano são baixas. Além disso, com base nas variáveis consideradas no capítulo 5, a população sem plano apresentaria maiores níveis de morbidade referida, o que a levaria, em princípio, a uma maior utilização dos serviços hospitalares. Vários estudos sobre fatores associados às internações apontam a necessidade como o fator que mais explica a utilização das internações (CASTRO et al., 2002; CASTRO, 2000; NEWBOLD et al., 1995).

A hipótese explicativa seria que a população dependente do sistema público pode não estar tendo suas necessidades atendidas. Corrobora essa hipótese o fato de que resultados de estudos para o Brasil e outros países evidenciam uma maior utilização de internações, por parte de pessoas de piores condições sócio-econômicas. Isso ocorre porque essas pessoas têm maiores necessidades em saúde (HULKA & WHEAT, 1985). Assim, assumindo a hipótese de que as pessoas sem plano teriam piores condições socioeconômicas²¹, seria esperado que elas apresentassem maior utilização, relativamente àqueles com plano.

A desigualdade no uso de internações, em favor das pessoas com cobertura por plano, pode estar relacionada também ao maior uso de consultas por esse grupo. Como discutido, o

²¹ No capítulo 5, viu-se que a população com plano de saúde possui uma renda *per capita* quase quatro vezes maior, que a população sem plano. Outros estudos apontam uma relação entre *status* socioeconômico e posse de plano de saúde no Brasil, mostrando que os planos de saúde cobrem uma parcela específica da população brasileira, caracterizada por maior renda familiar e maior inserção em atividades de mercado de trabalho (PINTO & SORANZ, 2004).

percentual de pessoas com consulta no ano, assim como a frequência de consultas, é bem maior entre aquelas com plano de saúde, para todos grupos etários. Há estudos que sugerem uma relação direta entre uso regular de serviços de saúde e uso de internações hospitalares (CASTRO et al., 2002).

Deve-se ainda considerar os diferenciais em relação à oferta e acessibilidade dos serviços, entre os dois sistemas de saúde. Como discutido anteriormente, a oferta no sistema suplementar é garantida e definida pela rede de prestadores de serviços próprios e contratados pelos planos, de acordo com cada modalidade. No caso do SUS a oferta segue um modelo de regionalização e hierarquização, com uma organização dos serviços de saúde por níveis de complexidade, que segue critérios demográficos para oferta. Isso pode dificultar o acesso físico aos serviços, para a população de regiões onde a oferta de hospitais é restrita (LUCCHESI, 2003).

Analisando a componente frequência de internações entre usuários, a hipótese é que, em grande parte, os diferenciais de necessidade devem ser o fator explicativo, pois essa variável é vista como a principal explicação para as internações múltiplas. Porém, existem outros fatores relacionados ao espaço de tempo em que as readmissões ocorrem. Reinternações em espaço curto de tempo estão mais relacionadas com altas hospitalares prematuras e qualidade do tratamento recebido. Já as reinternações em espaços maiores são caracterizadas por presença de doenças crônicas, condições socioeconômicas e acesso limitado aos cuidados ambulatoriais (CASTRO, 2004). Nesse caso, embora não seja possível identificar o espaçamento entre as internações, parece plausível que as diferenças sejam resultados condizentes com a segunda opção. As maiores reinternações ocorrem entre pessoas sem plano, que apresentam maior proporção de indivíduos reportando doenças crônicas, possuindo menor renda média (capítulo 5).

Quanto à caracterização das internações, a população sem plano aponta os maiores tempos de permanência por internação, para todos os tipos de atendimento, e as maiores proporções de internações clínicas, para ambos os sexos. No caso dos homens, a diferença pode ser causada, em parte, pela proporção de internações clínicas menores entre a população com plano. Como

visto, essas são as internações de maior duração entre os indivíduos que tem plano. Nas mulheres essas diferenças são menores em virtude das grandes proporções de internações por parto, para as quais o tempo médio é bastante similar nas duas populações.

Resultado semelhante é encontrado por BLUMBERG (1980), nos Estados Unidos, apontando que pessoas sem plano privado de saúde apresentam maiores tempos médios de dias internados. Esses resultados podem ser explicados pelo fato das organizações de assistência à saúde (as chamadas *Health Maintenance Organizations – HMOs*) proverem formas de controle para diminuir ou impedir uso desnecessário (BLUMBERG, 1980; LUFT, et al., 1980).

No Brasil, formas de gerenciamento têm sido observadas pelas operadoras de plano de saúde, como forma de conter os crescentes custos com assistência de seus beneficiários, podendo ser essa umas das explicações para o menor tempo médio de internação entre pessoas com plano de saúde (MIRANDA, 2003). No entanto, uma segunda hipótese, ressaltada por alguns autores, é que há uma maior permanência em internações cobertas pelo SUS, causada pelas piores condições sócio-econômicas dos indivíduos que usam o sistema público. Os indivíduos de piores condições podem apresentar menor acesso aos serviços preventivos e, assim, usar os serviços hospitalares como porta de entrada, quando já estão em um estado de saúde pior (NORONHA, 2001). Além disso, por não apresentarem condições de receberem tratamento no domicílio, os provedores (médicos) podem optar por postergarem a alta hospitalar desses pacientes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa dissertação é contribuir para o conhecimento dos padrões de utilização de serviços de saúde no Brasil, por atributos de risco dos indivíduos mais conhecidos e usados para políticas de assistência à saúde, sob diferentes condições de

saúde, promover avaliação dos serviços prestados e, assim, estabelecer critérios mais equânimes de distribuição dos recursos (BRASIL, 2001a). Como no Brasil, existe uma grande disparidade demográfica entre regiões, parâmetros de uso de assistência à saúde por grupos etários possibilitaria, também, a identificação de diferenciais no volume de serviços utilizados, em razão de variação na estrutura etária, além de auxiliar na avaliação dos serviços prestados no controle dos gastos.

No caso da regulação da ANS, os padrões etários de utilização de serviços de saúde podem fornecer insumos para discussão da regulamentação das faixas etárias para determinação de preços de planos de saúde. Verifica-se que, de fato, a população idosa, beneficiada pelo subsídio cruzado, constitui-se num grupo cujos riscos, freqüências e intensidade de uso dos serviços de saúde, estão entre os mais altos, entre todas as idades. Embora não se tenha realizado uma análise dos custos médios envolvidos nos serviços consumidos, possivelmente esses também constituem uma pressão sobre os gastos envolvidos com atenção dos grupos etários mais avançados. Como visto, os tempos médios de permanência por internação são maiores entre os idosos²². Embora não defina os custos médios, essa medida pode ser vista como uma componente desses.

Por outro lado, a regulação não considera a existência de outros grupos populacionais com grande utilização. As mulheres em fase reprodutiva possuem taxas e freqüências de uso de consultas relativamente altas, possivelmente relacionadas à gravidez ou à demanda por serviços preventivos. Para os serviços hospitalares, a população feminina apresenta maiores riscos de se internarem, em grande parte por motivo de parto. Mesmo que essas internações apresentem os menores tempos médios de permanência hospitalar, as mulheres em idade reprodutiva devem representar pressão sobre os gastos dos planos e seguros de saúde, em função do volume médio de serviços por elas utilizados. Além disso, deve-se adicionar os

²² Estudos realizados com base em internações cobertas pelo SUS apontam custos médios por internação relativamente elevados nas idades mais avançadas (NUNES, 1999; BERENSTEIN, 2004).

gastos relacionados com a assistência ao filho, visto que a regulamentação assegura cobertura assistencial ao recém nascido durante os primeiros dias de vida²³.

Com relação à primeira faixa de idade estabelecida pela regulação (0-18 anos), verifica-se que ela reúne idades com padrões de uso bastante diferenciados, tanto em relação ao risco e frequência de uso como do tipo de serviço utilizado. Como visto, as taxas de utilização e a frequência de uso dos serviços de saúde são muito diferenciadas entre as crianças, adolescentes e jovens.

Com base nessas observações, a regulação, ao invés de melhorar o acesso de grupos vulneráveis, poderia causar seleções ainda maiores no mercado de planos de saúde. Os indivíduos de baixo risco estariam em pior situação, porque teriam seu acesso à medicina suplementar dificultado, em virtude dos altos custos impostos pela inadequação das faixas etárias. Os indivíduos de alto risco, por sua vez, teriam custos altos tanto por apresentarem maiores necessidades, como por estarem subsidiando os idosos. Os grupos subsidiados poderiam ter seus custos elevados, já que seus prêmios se encontram atrelados aos da primeira faixa etária.

Conforme colocado, regulação que busque promover ampliação do acesso de indivíduos mais vulneráveis, ao mercado de planos de saúde, deve considerar as variáveis de risco de forma adequada. A prática de subsídio cruzado, com base em aplicação inadequada de atributos de risco pode provocar problemas de seleção, resultando em perdas de bem estar maiores, comparadas aquelas provocadas pela ausência de regulação.

²³ A regulamentação estabelecida pela Lei nº 9656/1998 prevê essa cobertura aos recém nascidos, filhos naturais ou adotivos do consumidor ou de seus dependentes (Artigo 12) (BRASIL, 1999).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, L. A., ANDERSEN, R. M. The national profile of access to medical care: where do we stand? **American Journal of Public Health**, v.74, n.12, p. 1331-1339, 1984.

ALBERTS, J. *et al.* Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. **Social Science and Medicine**, v.45, n.2, p.213-220, 1997.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar**. Brasília: IPEA, 1998. 80p. (Texto para discussão; 599)

ALTMAN, D., CUTLER, D. M., ZECKHAUSER, R. J. Adverse selection and adverse retention. **American Economic Review**, v.88, n.2, p.122-126, 1998.

ANDERSEN, R. Health status indices and access to medical care. **American Journal of Health**, v.68, n.5, p.458- 463, May 1978.

ANDERSEN, R. **A behavioral model of families' use of health services**. HAS Studies, University of Chicago Research Series, n.25, 1968. apud SAWYER D. O., LEITE I. C., ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciências e Saúde**, v.7, n.4, p.757-776, 2002.

ANDRADE, M. V. **Ensaio em economia da saúde**. 2000. Tese (Doutorado em Economia) - Escola de Pós-Graduação em Economia, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2000. Ensaio 6: A regulamentação dos contratos de seguro saúde. 33f.

ANDRADE, M. V., LISBOA, M. B. Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano. **Revista Brasileira de Economia**, v.54, n.1, p.5-36, jan./mar. 2000a.

ANDREAZZI, M. F. S. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Brasília: IPEA, 2003. 32p. (Texto para discussão;1006)

AQUINO, E. M. L. *et al.* Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Revista de Saúde Pública**, v.26, n.3, p.195-202, 1992.

ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **American Economic Review**, v.53, n.5, p.941-973, 1963.

ARTMANN, E., RIVERA, F. J. U. **Regionalização em saúde e mix público-privado**. Agência Nacional de Saúde: Documento Técnico. Julho de 2003. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf>. Acesso em 22/02/2005.

BAHIA, L. *et al.* Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.329-339, 2001.

BAHIA, L. *et al.* Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.671-686, 2002.

BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendência pós-regulamentação. In: NEGRI, B., GIOVANNI, G. (Orgs.) **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP.: Universidade Estadual de Campinas / Instituto de Economia, 2001. p.325-361.

BARROS, M., PIOLA, S. F., VIANNA, S. M. **Política de saúde no Brasil: diagnósticos e perspectivas**. Brasília: IPEA, 1996. 123p. (Texto para discussão; 401)

BERENSTEIN, C. K. **O perfil etário dos custos de internação na saúde pública no Brasil: uma análise para as capitais das regiões metropolitanas do Brasil em 2000**. 2005. 91p. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

BLUMBERG, M. S. Health status and health care use by type of private health coverage. **Milbank Memorial Fund Quarterly**; Health and Society, v.58, n.4, p.633-655, 1980.

BORRAS, J. M. *et al.* Educational level, voluntary private health insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain). **European Journal of Cancer Prevention**, v.8, n.5, p.427-434, Oct. 1999. apud

SASSI, M. R, BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.819-832, jul-ago, 2001.

BRASIL. Lei n. 9656/98 - 3 jun. 1999. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 jun. 1999. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455>. Acesso em: 31/05/2004.

BRASIL. Lei n. 9961/2000 - 28 jan. 2000. Cria a Agencia Nacional de Saúde suplementar - ANS e da outras providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan. 2000, Seção extra. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=8>. Acesso em 28/04/2004.

BRASIL Ministério da Saúde. **Organização e programação da assistência**: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2001a.

BRASIL. Medida Provisória n. 2177-44 24 ago. 2001b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/upload/hotsitepiac/Lei%209656.pdf>>. Acesso em 31/05/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parâmetros para programação das ações básicas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002b. 264p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; 76) Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/aans/publicacoes/livro_regulacao_e_saude.pdf>. Acesso em 28/06/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1101/GM - 12 jun. 2002c. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2002. p.36. Disponível em: <www.saude.gov.br/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. Acesso em 06/06/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2003a. 54p. (Série ANS, 4) Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/aans/publicacoes/serie_ans4.pdf>. Acesso em 28/06/2004.

BRASIL. Lei n. 10.741 - 1 out. 2003. Estatuto do idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out. 2003b.

BRASIL. Resolução Normativa - RN n. 63 de 23 dez. 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=540&id_original=0> Acesso em 30/05/2004.

CAMPOS, C. E. A. Os Inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Caderno de Saúde Pública**, n.9, v.2, p.190-200, 1993.

CARVALHO, J. A. M., SAWYER, D. O., RODRIGUES, R. N. **Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia**. 2.ed. Belo Horizonte: ABEP, 1998. 63p. (Textos didáticos; 1)

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, v.4, n.7, p.122-135, jan/jun. 2002.

CASTRO, M. S. M, TRAVASSOS C., CARAVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.4, p.795-811, 2002.

CASTRO, M. S. M. **Utilização das internações hospitalares no Brasil**: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso. 2004. 101p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 2004.

COSTA, O. C. Demanda por serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo: um modelo para aferir o alcance do dispositivo constitucional que prevê acesso universal e

igualitário aos serviços de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11, 1998, Caxambu, MG. **População: globalização e exclusão**. [Belo Horizonte]: ABEP, 1998. p.2909-2942.

CUTLER, D. M., ZECKHAUSER, R. J. The Anatomy of health insurance. In: CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. P. (Orgs.) **Handbook of health economics**. Amsterdam: North-Holland, 2000. p.563-643.

DIEHR, P. *et al.* Use of ambulatory care services in three provider plans: interactions between patient characteristics and plans. **American Journal of Public Health**, v.74, n.1, p.47-51, Jan. 1984.

FACCHINI, L. A, COSTA J. S. D. Utilização de serviços ambulatoriais em pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.4, p.360-369, 1997.

FOLLAND, S., GOODMAN, A. C., STANO. **The economics of health and health care**. 3.ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2001a. Chapter 1. Introduction, p.1-19.

FOLLAND, S., GOODMAN, A. C., STANO. **The economics of health and health care**. 3.ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2001b. Chapter 5. The production of Health, p.97-140.

FREEBORN, D. K. *et al.* Consistently high users of medical care among the elderly. **Medical Care**, v.28, n.6, p.527-540, 1990.

FRENK, J. M. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica de Mexico**, v.27, n.5, p.438-453, Sep./Oct. 1985. apud

CAMPOS, C. E. A. Os Inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Caderno de Saúde Pública**, n.9, v.2, p.190-200, 1993.

GERDTHAM, U. G. Equity in health care utilization: further tests based on hurdle models and Swedish micro data. **Health Economics**, v.6, n.3, p.303-319, May / June 1997. apud

NORONHA, K. V. M. **Dois ensaios sobre desigualdade social em saúde**. 2001. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001. Ensaio 2: Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde no Brasil. f. 48-90.

GREEN, C. A, POPE, C. R. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. **Social Science and Medicine**, v.48, n.10, p.1363-1372, 1999.

GROSSAMAN, M. One the concept of health capital and the demand for health. **Journal of Political Economy**, v.80, n.2, p.223-255, 1972.

HADLEY, J, HOLAHAN J. Is health care spending higher under medicaid or private insurance? **Inquiry**, v.40, n.4, p.323-342, 2003/2004.

HULKA, B. S. Patterns utilization: the patient perspective. **Medical Care**, v.23, n.5, p.438-460, 1985.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde** 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

JORGE, M. H. P M., GOTLIEB S. L. D. **As condições de saúde no Brasil: retrospectiva de 1979 a 1995**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 279p.

KAZANJIAN A., MORETTIN D., CHO, R. Health care utilization by Canadian women. **BMC Women's Health**, v.4, suppl.1, 11p. Aug. 2004. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S33>>.

LAST, J. The iceberg: completing the clinical picture in general practice. **Lancet**, v.2, p. 28-31, 1963.

LEE, J. *et al.* Utilization and cost of ambulatory care services of medical recipients, Bronx. **American Journal of Public Health**, v.74, n.12, p.1367-1370, 1984.

LEVY, H., MELTZER, D. **What do we really know about whether health insurance affects health?** Ann Arbor, MI.: University of Michigan, 2001. (ERIU Working Paper; 6) 38p. Disponível em: <<http://www.umich.edu/~eriu/pdf/wp6.pdf>>. Acesso em 03/04/2004>.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do sus: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.4, v.2, p.439-448, 2003.

LUFT, H. S. *et al.* Health maintenance organizations. In: FEDER, J.; HOLAHAN, J.; MARMOR, T. (Eds.) **National health insurance: conflicting goals and policy choices**. Washington DC: The Urban Institute, 1980. Chapter 3. p.129-180.

MAIA, A. C. **Seleção adversa e risco moral no sistema de saúde brasileiro**. 2004. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

MAPELLI, V. Health needs, demand for health services and expenditures across social groups in Italy: an empirical investigation. **Social Science and Medicine**, v.36, n.8. p.999-1009, 1993.

McPHERSON, K., WENNERBERG, J. E., HOVIND, O. B., CLIFFORD, P. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England and Norway. **New England Journal of Medicine**, v.307, n.21, p.1310-1314, Nov. 1982.

MÉDICI, A. C., CAMPOS, M. R. **Brasil: Padrões de Morbidade e Utilização dos Serviços de Saúde (Uma análise da PNAD/86)**. Relatórios Técnicos. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas – Fundação IBGE, 1992.

MÉDICI, A. C. e CZAPSKI, C. A. **Evolução e perspectivas dos gastos públicos com saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. Relatório elaborado para o Banco Mundial, como subsídio ao REFORSUS. mimeo

MEER J., ROSEN H. Insurance and the utilization of medical services. **Social Science e Medicine**, v.58, p.1623-1632, 2004.

MIRANDA, C. R. **Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde**. Agência Nacional de Saúde, 2003. (Relatórios técnicos) Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_20_ClaudioMiranda_Gerenciamento deCusto.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_20_ClaudioMiranda_Gerenciamento_deCusto.pdf)>. Acesso em 15/04/2005.

MONTONE, J. **Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro** (três anos da Lei 6556). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, 2001.

NCHS – NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. **Health united states, 1995**. Hyattsville, Maryland: Public Health Services, 1996.

NEWBOLD, K. B., EYKES, J., BIRCH S. Equity in health care: methodological contributions to the analysis of hospital utilization within Canada. **Social Science and Medicine**, v.40, n.9, p.1181-1192, 1995.

NOLAN, B. General practitioner utilization in Ireland: the role of socioeconomic factors. **Social Science and Medicine**, v.38, n.5, p.711-716, 1994.

NORONHA, K. V. M. **Dois ensaios sobre desigualdade social em saúde**. 2001. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001. Ensaio 2: Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde no Brasil. f. 48-90.

NUNES A. O envelhecimento populacional e as despesas do sistema único de saúde. In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p.345-366.

NUNES, A., SANTOS, J. R. S., BARATA, R. B., VIANNA, S. M. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: OPAS, IPEA, 2001. 224p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS. **A saúde no Brasil**. Brasília: OMS, Escritório de Representação no Brasil, 1998. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=24>>. Acesso em 16/05/2005.

PHILLIPS, K. A. *et al.* Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. **Health Services Research**, v.33, n.3, p.571-596, 1998.

PINHEIRO, R. J., VIACAVAL, F., TRAVASSOS, C., BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PINTO, L. F., SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência Coletiva e Saúde**, v.9, n.1, p.85-98, 2004.

POL, L. G., THOMAS, R. K. **The demography of health and health care**. 2.ed. New York: Kluwer Academic: Plenum, 2000. 382 p.

ROOS, N. P. Hysterectomy: variations in rates across small areas and across physicians' practices. **American Journal of Public Health**, v.74, n.4, p. 327-335, 1984.

ROSENBACH, M. L., IRVIN, C., COULAM, R. F. Access for low-income children: is health insurance enough? **Pediatrics**, v.103, n.6, p.1167-1174, 1999.

SANTOS, M. A. B., GERSCHAMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.795-806, 2004.

SASSI, M. R., BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.819-832, jul-ago, 2001.

STANCIOLI, A. E. **Incentivos e risco moral nos planos de saúde no Brasil**. 2002. 81 p. Dissertação (Mestrado em Economia). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP. 2002.

SAWYER D. O., LEITE I. C., ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciências e Saúde**, v.7, n.4, p.757-776, 2002.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1: p133-149, 2000.

TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Pan Americana Salude Publica**, v.11, n.5/6, p.365-373, 2002.

VAN de VEN, W. P. M. M. Risk Adjustment in competitive health plan markets. In: CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. P. (Eds.). **Handbook of health economics**. New York: Elsevier, 2000. v.1A, p.755-845.

VERBRUGGE, L. M. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. **Journal of Health and Social Behaviour**, v.30, n.3, p.282-304, 1989.

WENNBERG, J. E., McPHERSON, K., CAPER, P. Will payment based on diagnosis-related groups control hospital costs? **New England Journal of Medicine**, v.311, n.5, p.295-300, 1984.

WENNBERG, J. E. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to access the outcome of common medical practices. **Medical Care**, v.23, n.5, p.512-521, 1985. apud CASTRO, M. S. M. **Utilização das internações hospitalares no Brasil**: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso. 2004. 101p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 2004.

ANEXO I. ANÁLISE DOS DADOS EXCLUÍDOS E DO TRATAMENTO DOS DADOS

Com visto no capítulo 4, a PNAD-98 não contempla informações sobre os tipos de serviços de saúde cobertos por planos de saúde, para os dependentes e agregados. Assim, são adotados alguns procedimentos para estender essas informações aos dependentes com titulares desconhecidos.

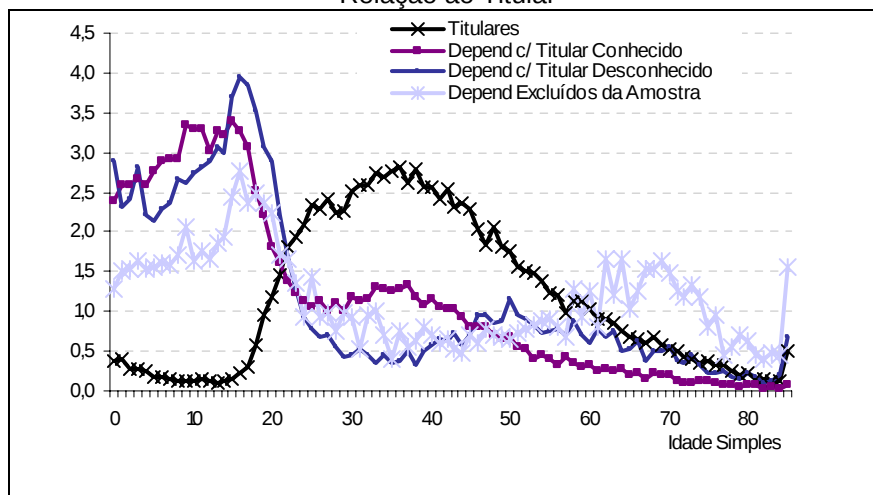
Para investigar a possibilidade de viés nos resultados, em função do tratamento aplicado nos dados, são analisadas as distribuições dos indivíduos com plano de saúde por idade, sexo, tipo de plano, região e estado de saúde autodeclarado. Essas variáveis poderiam influenciar a utilização de serviços de saúde. As variáveis do indivíduo (sexo, idade e estado de saúde) tem efeitos sobre a necessidade. A região e o tipo de plano estão relacionadas à oferta de serviços²⁴. Os resultados podem ser observados nas FIGs.18 a 22.

As variáveis analisadas mostram uma distribuição diferente para os titulares, em comparação aos seus dependentes, sobretudo com relação a idade e sexo. Essa diferença é natural, uma vez que se espera que os titulares estejam concentrados nas idades economicamente ativas e que sejam, em sua maioria, homens, dada a relação entre cobertura de plano de saúde inserção no mercado de trabalho, discutida no capítulo 5.

Com exceção da idade e do estado de saúde, as distribuições das variáveis selecionadas são semelhantes, por condição do dependente em relação ao seu titular. A distribuição etária e o estado de saúde diferem, sendo que a população excluída apresenta uma estrutura bem mais envelhecida e uma proporção de pessoas com percepção negativa do seu estado de saúde maior, em relação à população de estudo. No entanto, dado o fato do grupo excluído representar um peso relativo muito pequeno e que o objetivo principal do trabalho é investigar a estrutura de utilização por idade, não é esperado que essas diferenças comprometam a discussão realizada.

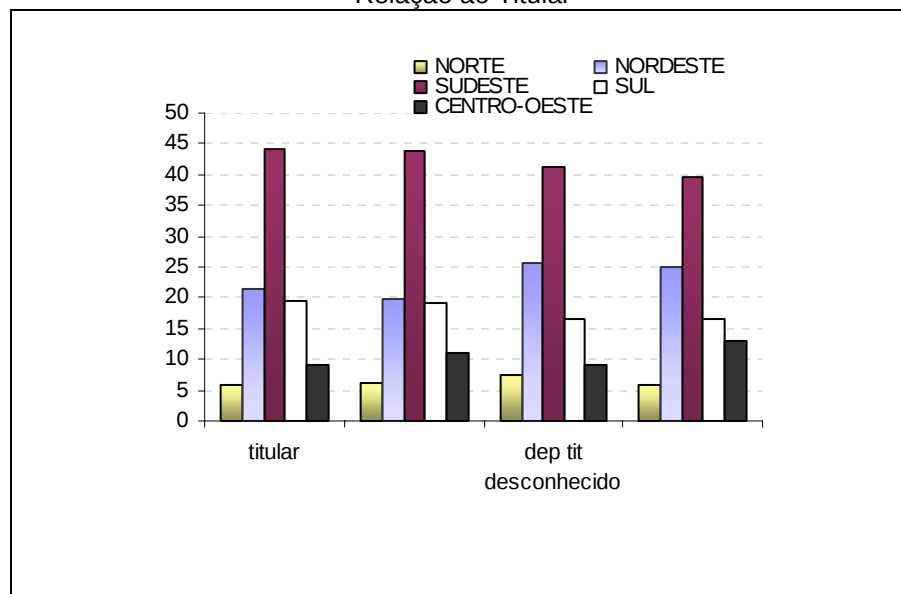
²⁴ Existe uma grande disparidade regional na oferta de serviços de saúde no Brasil, representada por número de bens e profissionais de saúde por habitante. Além disso, há uma concentração de recursos tecnológicos avançados nas regiões mais desenvolvidas do país (NUNES et al., 2001)

FIGURA 18: Brasil, 1998 – População com Plano de Saúde: Distribuição Etária por Titularidade e Condição do Dependente em Relação ao Titular



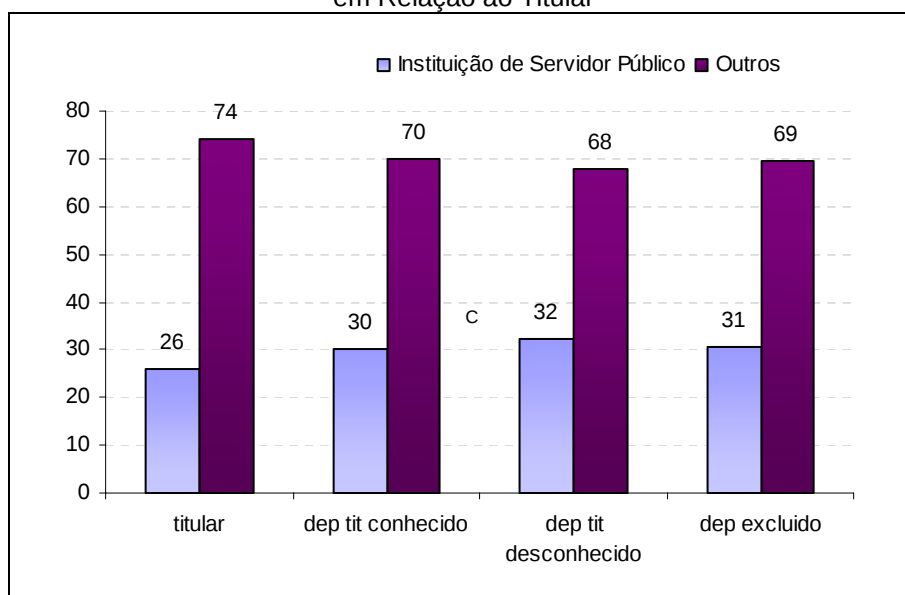
Fonte dos dados básicos: PNAD-98

FIGURA 19: Brasil, 1998 – População com Plano de Saúde: Distribuição % por Região, Segundo Titularidade e Condição do Dependente em Relação ao Titular



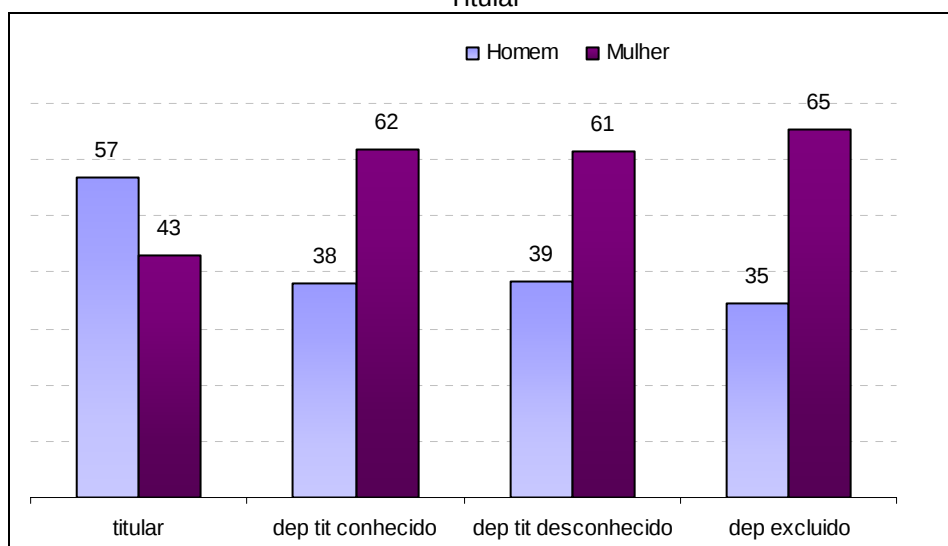
Fonte dos dados básicos: PNAD-98

FIGURA 20: Brasil, 1998 – População com Plano de Saúde: Distribuição % por Tipo de Plano, Segundo Titularidade e Condição do Dependente em Relação ao Titular



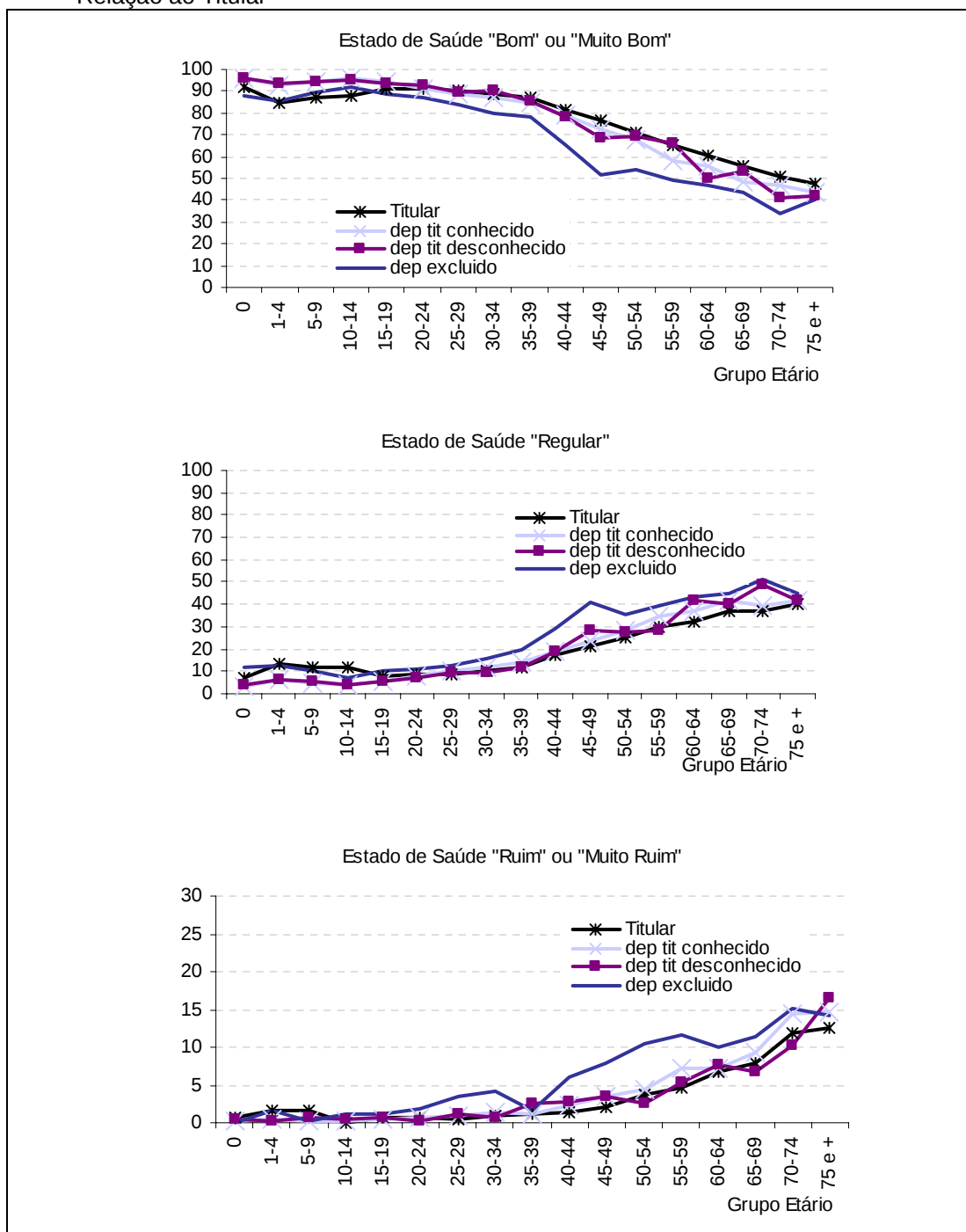
Fonte dos dados básicos: PNAD-98

FIGURA 21: Brasil, 1998 – População com Plano de Saúde: Distribuição % por Sexo, Segundo Titularidade e Condição do Dependente em Relação ao Titular



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

FIGURA 22: Brasil, 1998 – População com Plano de Saúde: Distribuição % Estado de Saúde Auto-Declarado, Segundo Titularidade e Condição do Dependente em Relação ao Titular



Fonte dos dados básicos: PNAD-98

ANEXO II. TABELAS – SERVIÇOS AMBULATORIAIS

TABELA 11: Brasil 1998, População Sem Plano de Saúde – Taxas Específicas de Consultas por Idade ($nTEC_x$) (por 100), Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, entre Usuários, por Idade ($nNMC_x^u$) e Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, por Idade ($nNMC_x$), Segundo o Sexo

Idade	Homens			Mulheres		
	$nTEC_x$	$nNMC_x^u$	$nNMC_x$	$nTEC_x$	$nNMC_x^u$	$nNMC_x$
0	78,8	4,2	3,3	77,4	3,9	3,0
1	74,0	4,5	3,3	75,9	4,2	3,2
2	70,0	3,8	2,6	67,9	3,9	2,6
3	62,9	3,6	2,3	61,9	3,4	2,1
4	59,6	3,3	2,0	58,8	3,2	1,9
5	55,7	3,1	1,7	56,2	2,8	1,6
6	53,9	3,2	1,7	52,3	2,9	1,5
7	49,8	2,9	1,4	49,6	2,6	1,3
8	44,1	2,7	1,2	45,7	2,8	1,3
9	43,9	2,7	1,2	43,8	2,5	1,1
10	41,2	2,8	1,2	42,5	2,6	1,1
11	38,0	2,8	1,1	41,3	2,5	1,0
12	33,6	2,4	0,8	37,7	2,5	0,9
13-16	30,4	2,4	0,7	38,4	2,9	1,1
17	27,2	2,3	0,6	45,8	3,4	1,6
18	27,5	2,6	0,7	50,6	3,7	1,9
19	31,2	2,2	0,7	53,9	3,5	1,9
20-21	31,5	2,7	0,8	55,6	3,9	2,1
22-23	33,0	2,6	0,9	56,5	3,9	2,2
24-25	34,5	2,5	0,9	59,0	3,9	2,3
26-29	35,6	2,8	1,0	61,9	3,8	2,3
30-34	37,0	2,7	1,0	62,2	3,7	2,3
35-39	37,7	3,0	1,1	62,7	3,8	2,4
40-44	40,6	3,1	1,3	63,9	4,2	2,7
45-47	42,2	3,4	1,4	66,9	4,3	2,9
48-52	46,8	3,8	1,8	68,8	4,9	3,4
53-57	52,4	4,1	2,2	71,3	5,4	3,9
58-59	57,9	4,1	2,4	71,9	4,8	3,4
60-64	60,2	4,6	2,8	74,7	5,2	3,9
65 e +	65,8	5,1	3,3	75,6	5,4	4,1

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

TABELA 12: Brasil 1998, População Com Plano de Saúde – Taxas Específicas de Consultas por Idade (${}_n\text{TEC}_x$) (por 100), Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, entre Usuários, por Idade (${}_n\text{NMC}^u_x$) e Número Médio Anual de Consultas por Pessoa, por Idade (${}_n\text{NMC}_x$), Segundo o Sexo

	Homens			Mulheres		
	${}_n\text{TEC}_x$	${}_n\text{NMC}^u_x$	${}_n\text{NMC}_x$	${}_n\text{TEC}_x$	${}_n\text{NMC}^u_x$	${}_n\text{NMC}_x$
0	91,9	6,5	5,9	92,6	6,3	5,8
1	89,9	6,7	6,0	90,4	6,5	5,8
2	85,2	5,4	4,6	85,8	5,6	4,8
3	81,8	4,7	3,9	82,8	4,6	3,8
4	78,1	4,9	3,8	81,4	4,3	3,5
5	79,3	4,1	3,2	77,8	4,4	3,4
6	75,8	3,6	2,8	69,3	3,8	2,6
7	71,6	3,6	2,5	69,6	3,2	2,2
8	68,4	3,4	2,3	71,5	3,4	2,4
9	64,4	3,1	2,0	68,2	3,3	2,3
10	61,3	3,1	1,9	64,1	3,0	1,9
11	63,0	3,0	1,9	60,0	3,5	2,1
12	59,5	2,8	1,6	56,9	2,9	1,7
13-16	51,7	2,8	1,4	59,9	3,2	1,9
17	50,9	2,7	1,4	64,8	3,5	2,3
18	52,9	3,1	1,6	67,7	3,6	2,5
19	53,8	2,7	1,4	71,5	4,1	3,0
20-21	51,9	2,6	1,4	74,1	4,6	3,4
22-23	57,9	2,9	1,7	74,7	4,5	3,3
24-25	59,2	3,0	1,8	77,4	4,6	3,6
26-29	56,5	2,9	1,6	79,5	4,8	3,8
30-34	60,4	3,3	2,0	78,6	4,6	3,6
35-39	61,7	3,2	2,0	78,1	4,6	3,6
40-44	64,6	3,3	2,1	79,0	4,7	3,7
45-47	66,7	3,6	2,4	80,4	5,0	4,0
48-52	69,1	3,6	2,5	81,9	5,3	4,3
53-57	70,1	4,4	3,1	84,5	5,7	4,8
58-59	75,2	4,1	3,0	86,1	6,2	5,3
60-64	74,7	4,9	3,6	87,2	5,8	5,0
65 e +	80,1	5,5	4,4	87,9	6,3	5,5

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

ANEXO III. TABELAS – SERVIÇOS HOSPITALARES

TABELA 13: Brasil 1998, População Sem Plano de Saúde – Taxa Específica de Internação por Idade (${}_nTEI_x$) (por 100), Número Médio Anual de Internações por Pessoa, por Idade, entre Usuários (${}_nNMI_x^u$), Número Médio Anual de Internações por Pessoa, por Idade (${}_nNMI_x$), Segundo o Sexo

Idade	Homens			Mulheres			Mulheres (excluídos partos)		
	${}_nTEI_x$	${}_nNMI_x^u$	${}_nNMI_x$	${}_nTEI_x$	${}_nNMI_x^u$	${}_nNMI_x$	${}_nTEI_x$	${}_nNMI_x^u$	${}_nNMI_x$
0	11,0	1,3	14,0	11,4	1,2	13,2	11,4	1,2	13,2
1	10,7	1,5	16,0	9,5	1,3	12,7	9,5	1,3	12,7
2	7,4	1,3	9,9	6,6	1,6	10,8	6,6	1,6	10,8
3	6,2	1,5	9,0	5,3	1,3	7,1	5,3	1,3	7,1
4	5,8	1,4	8,4	4,2	1,6	6,8	4,2	1,6	6,8
5	4,4	1,4	6,0	3,6	1,2	4,2	3,6	1,2	4,2
6-7	3,9	1,3	5,1	2,5	1,2	3,0	2,5	1,2	3,0
8-10	3,0	1,4	4,2	2,2	1,2	2,7	2,2	1,2	2,7
11-14	2,5	1,3	3,2	2,0	1,4	2,8	1,8	1,4	2,6
15	2,1	1,1	2,4	4,4	1,3	5,6	2,2	1,5	3,2
16	2,4	1,2	2,7	7,8	1,3	10,3	3,5	1,6	5,5
17	2,4	1,1	2,7	8,6	1,1	9,7	3,5	1,2	4,1
18	1,8	1,2	2,2	11,0	1,2	12,7	3,5	1,4	4,9
19-20	2,6	1,3	3,3	12,5	1,2	14,5	3,9	1,4	5,5
21-25	3,0	1,3	4,0	12,8	1,2	15,1	4,1	1,4	5,8
26-31	3,6	1,4	4,8	12,1	1,3	15,1	5,1	1,5	7,7
32-33	3,8	1,7	6,4	9,3	1,2	11,5	4,9	1,4	6,9
34-37	3,4	1,5	5,1	8,7	1,4	11,8	5,3	1,6	8,2
38-49	4,7	1,6	7,4	7,2	1,5	11,0	6,3	1,6	10,0
50-53	5,8	1,5	8,7	8,2	1,7	14,0	8,2	1,7	14,0
54-59	8,7	1,6	14,2	9,7	1,5	14,8	9,7	1,5	14,8
60-64	11,0	1,5	16,8	9,1	1,5	13,7	9,1	1,5	13,7
65-69	12,8	1,5	19,0	12,2	1,7	21,1	12,2	1,7	21,1
70 e +	16,1	1,8	29,3	14,5	1,7	24,0	14,5	1,7	24,0

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

TABELA 14: Brasil 1998, População Com Plano de Saúde – Taxa Específica de Internação por Idade (${}_nTEI_x$) (por 100), Número Médio Anual de Internações por Pessoa, por Idade, entre Usuários (${}_nNMI_x^u$), Número Médio Anual de Internações por Pessoa, por Idade (${}_nNMI_x$), Segundo o Sexo

Idade	Homens			Mulheres			Mulheres (excluídos partos)		
	${}_nTEI_x$	${}_nNMI_x^u$	${}_nNMI_x$	${}_nTEI_x$	${}_nNMI_x^u$	${}_nNMI_x$	${}_nTEI_x$	${}_nNMI_x^u$	${}_nNMI_x$
0	13,8	1,2	16,3	9,8	1,2	11,8	9,8	1,2	11,8
1	8,8	1,6	14,1	8,3	1,4	11,7	8,3	1,4	11,7
2	7,1	1,3	9,2	10,7	1,2	13,3	10,7	1,2	13,3
3	5,7	1,4	8,2	6,4	1,2	7,8	6,4	1,2	7,8
4	5,1	1,1	5,8	6,1	1,3	8,1	6,1	1,3	8,1
5	6,6	1,4	9,1	4,3	1,2	5,4	4,3	1,2	5,4
6-7	4,1	1,0	4,2	3,9	1,2	4,6	3,9	1,2	4,6
8-10	4,1	1,4	5,6	3,6	1,2	4,5	3,4	1,3	4,3
11-14	3,7	1,1	4,2	2,4	1,4	3,3	2,4	1,4	3,3
15	3,6	1,1	4,0	4,5	1,1	5,0	3,8	1,2	4,4
16	1,8	1,0	1,8	4,1	1,2	5,1	2,8	1,4	3,8
17	2,5	1,3	3,4	6,7	1,2	7,7	3,4	1,3	4,5
18	2,4	1,1	2,7	8,0	1,2	9,5	4,8	1,3	6,3
19-20	3,8	1,6	6,0	11,5	1,3	14,6	6,4	1,4	8,7
21-25	5,0	1,3	6,4	11,6	1,2	13,4	5,0	1,3	6,3
26-31	4,2	1,2	4,9	14,1	1,1	15,9	5,9	1,2	7,2
32-33	5,3	1,1	5,7	11,9	1,2	14,0	6,9	1,3	8,8
34-37	4,9	1,1	5,5	10,8	1,1	12,1	7,1	1,2	8,2
38-49	6,0	1,3	7,6	8,6	1,3	11,1	7,9	1,3	10,3
50-53	7,4	1,4	10,3	9,9	1,4	14,2	9,9	1,4	14,2
54-59	9,3	1,6	14,6	9,3	1,4	13,1	9,3	1,4	13,1
60-64	13,6	1,4	19,5	13,6	1,6	22,0	13,6	1,6	21,9
65-69	15,9	1,4	21,9	11,6	1,4	16,2	11,6	1,4	16,2
70 e +	20,2	1,5	30,6	19,2	1,6	29,7	19,2	1,6	29,7

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

TABELA 15: Brasil 1998, População Sem Plano – Distribuição % das Internações por Idade e Sexo, Segundo Principal Atendimento Recebido

G Etário	Homem				Mulher					Total
	Clínica	Cirúrgica	Psiquiá- trica	Exames	Clínica	Parto	Cirúrgica	Psiquiá- trica	Exames	
0	89,6	3,4	0,0	6,9	93,0	0,0	1,0	0,0	6,0	100,0
1-5	86,8	10,4	0,1	2,7	92,8	0,0	5,9	0,0	1,4	100,0
6-7	78,9	16,6	0,0	4,5	86,6	0,0	12,0	0,0	1,3	100,0
8-10	67,9	26,8	0,8	4,4	85,9	0,0	9,3	0,3	4,5	100,0
11-14	70,5	24,4	1,2	3,9	72,1	11,9	12,0	0,8	3,2	100,0
15-18	56,9	37,8	2,4	2,9	25,8	65,0	6,9	1,6	0,7	100,0
19-20	62,9	31,5	3,4	2,3	19,9	71,6	6,9	0,1	1,5	100,0
21-25	63,1	28,1	7,3	1,5	19,5	73,0	6,1	0,4	1,0	100,0
26-31	62,7	26,0	8,6	2,8	23,7	61,8	12,3	1,3	1,0	100,0
32-33	64,8	21,8	9,4	4,0	28,3	49,2	20,4	1,8	0,3	100,0
34-37	61,2	28,3	8,1	2,3	31,0	41,3	23,5	2,4	1,9	100,0
38-49	66,8	22,3	7,2	3,7	50,8	13,6	29,6	3,6	2,5	100,0
50-53	73,0	20,7	3,0	3,4	68,1	0,0	29,2	2,0	0,7	100,0
54-59	67,6	28,1	0,9	3,4	66,7	0,0	29,4	3,1	0,7	100,0
60-64	64,5	29,8	1,7	3,9	74,5	0,0	21,0	3,0	1,5	100,0
65-69	69,0	26,0	1,5	3,6	79,5	0,0	17,0	0,9	2,6	100,0
70 e +	75,4	22,4	0,0	2,2	77,9	0,0	17,0	1,9	3,2	100,0

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

TABELA 16: Brasil 1998, População Com Plano – Distribuição % das Internações por Idade e Sexo, Segundo Principal Atendimento Recebido

G Etário	Homem				Mulher					Total
	Clínica	Cirúrgica	Psiquiá- trica	Exames	Clínica	Parto	Cirúrgica	Psiquiá- trica	Exames	
0	82,6	12,2	0,0	5,2	85,8	0,0	9,1	0,0	5,1	100,0
1-5	77,2	18,4	0,0	4,4	83,2	0,0	15,4	0,0	1,5	100,0
6-7	71,8	28,2	0,0	0,0	73,0	0,0	22,6	0,0	4,4	100,0
8-10	63,4	35,5	0,0	1,1	66,7	5,1	25,1	0,0	3,0	100,0
11-14	56,8	36,8	1,9	4,4	51,6	3,5	39,2	2,2	3,5	100,0
15-18	53,7	44,9	0,0	1,4	34,9	36,4	26,5	0,0	2,2	100,0
19-20	39,5	48,1	6,9	5,5	24,6	51,1	21,8	0,0	2,5	100,0
21-25	50,1	46,6	2,4	0,8	21,2	60,7	15,9	0,5	1,7	100,0
26-31	39,5	49,0	5,0	6,5	16,2	62,3	20,4	0,0	1,1	100,0
32-33	50,9	45,3	3,1	0,8	21,8	43,8	34,0	0,0	0,4	100,0
34-37	44,0	51,5	0,4	4,0	19,3	35,9	42,1	1,1	1,7	100,0
38-49	43,3	50,9	2,1	3,7	38,9	8,8	50,3	0,9	1,1	100,0
50-53	50,2	43,5	1,7	4,6	43,8	0,0	53,6	0,7	1,8	100,0
54-59	55,0	40,5	0,0	4,5	45,4	0,0	48,1	1,7	4,7	100,0
60-64	52,8	40,9	0,8	5,6	50,0	0,3	45,9	0,0	3,7	100,0
65-69	45,0	46,0	1,4	7,7	50,2	0,0	44,1	1,2	4,6	100,0
70 e +	57,2	37,3	1,0	4,5	68,5	0,0	25,3	1,4	4,7	100,0

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

TABELA 17: Brasil 1998, Mulheres – Distribuição % das Internações por Idade e Principal Atendimento Recebido, Excluídas as Internações por Parto, Segundo a Cobertura por Plano de Saúde

G Etário	Sem Plano				Com Plano				Total
	Clínica	Cirúrgica	Psiquiátrica	Exames	Clínica	Cirúrgica	Psiquiátrica	Exames	
0	93,0	1,0	0,0	6,0	85,8	9,1	0,0	5,1	100,0
1-5	92,8	5,9	0,0	1,4	83,2	15,4	0,0	1,5	100,0
6-7	86,6	12,0	0,0	1,3	73,0	22,6	0,0	4,4	100,0
8-10	85,9	9,3	0,3	4,5	70,3	26,5	0,0	3,2	100,0
11-14	81,8	13,6	0,9	3,6	53,4	40,6	2,3	3,7	100,0
15-18	73,8	19,7	4,6	1,9	54,8	41,7	0,0	3,5	100,0
19-20	70,1	24,4	0,3	5,1	50,3	44,5	0,0	5,1	100,0
21-25	72,4	22,5	1,4	3,7	53,9	40,5	1,4	4,2	100,0
26-31	62,0	32,1	3,4	2,5	43,1	54,1	0,0	2,9	100,0
32-33	55,7	40,1	3,6	0,6	38,8	60,5	0,0	0,8	100,0
34-37	52,7	39,9	4,1	3,2	30,0	65,7	1,6	2,7	100,0
38-49	58,8	34,3	4,1	2,9	42,7	55,1	1,0	1,2	100,0
50-53	68,1	29,2	2,0	0,7	43,8	53,6	0,7	1,8	100,0
54-59	66,7	29,4	3,1	0,7	45,4	48,1	1,7	4,7	100,0
60-64	74,5	21,0	3,0	1,5	50,2	46,1	0,0	3,7	100,0
65-69	79,5	17,0	0,9	2,6	50,2	44,1	1,2	4,6	100,0
70 e +	77,9	17,0	1,9	3,2	68,5	25,3	1,4	4,7	100,0

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

TABELA 18: Brasil 1998 – Tempo Médio de Permanência por Internação (Dias), por Idade e Sexo, Segundo a Cobertura por Plano de Saúde

Idade	Sem Plano		Com Plano	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher
0	5,6	5,2	5,5	6,3
1-5	5,2	4,9	4,0	4,4
6-7	5,3	4,4	3,3	3,4
8-10	4,0	4,2	4,0	4,3
11-14	4,4	4,7	3,9	3,8
15-18	5,0	3,1	4,0	2,9
19-20	5,0	3,1	4,5	3,0
21-25	5,4	3,0	4,6	3,0
26-31	4,9	3,3	4,1	3,1
32-33	5,2	3,4	3,8	3,3
34-37	5,3	3,7	3,4	3,6
38-49	5,6	4,4	4,3	3,9
50-53	5,2	4,9	4,9	4,1
54-59	5,3	5,4	5,1	4,8
60-64	5,9	5,9	5,2	4,6
65-69	5,7	5,4	5,6	5,7
70 e +	6,1	6,0	6,0	5,8

Fonte dos dados básicos: PNAD-98

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)