

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Idosos com e sem plano de saúde no município
de São Paulo: estudo longitudinal, 2000 – 2006**

Elizabeth Sousa Cagliari Hernandez

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lúcia Lebrão

São Paulo
2010

Idosos com e sem plano de saúde no município de São Paulo: estudo longitudinal 2000 – 2006

Elizabeth Sousa Cagliari Hernandes

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lúcia Lebrão

São Paulo

2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Dedicatória

À mãe e aos professores,

Pelo norte.

Às filhas, marido e amores,

Pela sorte.

AGRADECIMENTOS

Uma página é insuficiente, para os muitos que colaboraram na conclusão deste trabalho.

Cada pessoa nomeada representa um grupo de professores, de amigos, de colegas nos muitos papéis que me cabem. E me deixa esperançosa quanto ao meu próprio envelhecimento, dado que a lista inclui gente no início da terceira e da décima década de vida.

À professora Maria Lúcia Lebrão,

Por me ensinar com exemplos claros e definitivos, de maneira respeitosa, paciente e afetuosa.

À professora Yeda Aparecida Duarte,

Que acreditou em mim quando eu mesma tinha dúvidas.

Aos professores Jair Lício Ferreira Santos e Sabina Léa Davidson Gotlieb, sempre presentes (mesmo quando não sabiam que aqui estavam).

À amiga Marisa Accioly Domingues,

Que me deu casa, comida, família e roupa lavada durante todo o percurso.

Ao amigo Marcelo Prudente de Assis

Que me daria casa, comida, família e roupa lavada, se necessário fosse

A Maria Alexandre,

Que me ensinou ainda mais sobre amizade, um assunto onde eu julgava ter bastante conhecimento

A Ligiana Pires Corona, prova de que trabalho árduo também rende frutos intangíveis, que só podem ser colhidos com o coração

A Márcio Antônio Amite,

Que faz a minha parte no trabalho enquanto eu faço a tese.

Aos colegas e amigos que ajudaram com seu conhecimento, paciência e afeto, aqui representados, em ordem rigorosamente alfabética, por Aline Mariath,

Carlos Tavares, Carolina Terra Luizaga, Cláudia Barros, Daniela Pires Nunes e Henrique Salmazo.

Aos funcionários, de todas as categorias, efetivos e contratados, que cuidam da infraestrutura que garante a existência das pesquisas na Universidade, representados por Ângela Fernandez, Elizabeth Margarida Nassar Ribeiro e Maria de Nazaré Marques da Silva.

Ao cuidadoso revisor José Derntl.

Aos idosos que participaram da pesquisa.

À Universidade de São Paulo, por me formar,

E ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por continuar investindo na minha formação.

A todos aqui nomeados e aos muitos não nomeados, que colaboraram para que este trabalho fosse concluído, eu desejo retribuir, buscando, todos os dias, fazer o bem, tão bem quanto eles o fizeram por mim.

Que aproveita ao homem ganhar o mundo inteiro e perder a sua alma?

(Marcos, 8:36)

Hernandes ESC. Idosos com e sem plano de saúde no município de São Paulo: estudo longitudinal, 2000 – 2006.

[tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

RESUMO

Introdução: Um dos impactos sociais do envelhecimento diz respeito à oferta e demanda de serviços de saúde. O sistema brasileiro garante a prestação de serviços públicos em caráter universal e admite a participação do mercado na provisão de serviços de saúde. Assim, todo cidadão é usuário potencial dos provedores de serviços financiados pelo Estado e pode, simultaneamente, usar provedores de natureza privada. **Objetivo:** Identificar a ocorrência de mudança de provedor prioritário de serviços de saúde, bem como características socioeconômicas e epidemiológicas e respectiva associação com a condição de ter ou não ter plano de saúde, na população idosa do município de São Paulo, no período 2000 / 2006. **Material e método:** estudo de coorte desenvolvido no âmbito do Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). A coorte iniciou-se em 2000 com 2.143 participantes de 60 anos e mais e, em 2006, contava com 1.115 pessoas. A variável dependente é ter plano de saúde e as independentes abrangem fatores sociais e demográficas; morbidade referida; autoavaliação de saúde; atividades básicas de vida diária; ações de prevenção e uso de serviços de saúde. Os dados, obtidos por meio de entrevista domiciliar, foram analisados de forma descritiva e pelo desenvolvimento de um modelo de regressão logística por passos (*stepwise*). **Resultados:** Não houve mudança significativa de provedor prioritário de serviços de saúde. Há diferenças, favoráveis aos titulares de planos, nas variáveis renda, escolaridade e condições de vida pregressa. O grupo sem planos privados realizou menos prevenção contra neoplasias e mais contra doenças respiratórias; esperou mais para ter acesso a consulta de saúde; realizou menos exames pós consulta; referiu menor número de doenças; teve maior proporção de avaliação negativa da própria saúde e relatou mais episódios de queda. Os titulares de planos privados relataram menos dificuldades no desempenho em ABVD e menor adesão à vacinação. Dentre os titulares de planos que se internaram, em 2000, 11,1% tiveram sua

internação custeada pelo SUS. Em 2006 essa proporção se eleva para 17,9%. A única enfermidade associada à condição de titular de plano privado foi a osteoporose. **Conclusão:** as associações encontradas relacionaram-se mais às questões sociais e demográficas e ao uso de serviços do que às condições de saúde dos indivíduos.

Descritores: envelhecimento; epidemiologia; planos de saúde; saúde pública; sistema de saúde.

Hernandes ESC. [thesis] Elderly people with and without health care provider at São Paulo city: longitudinal study, 2000 – 2006. São Paulo (Br). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

Background: Population aging influences the offer and search for health services. The Brazilian health system (*Sistema Único de Saúde – SUS*) warrants universal access to public health services and allows the participation of the private sector. Thus, each and every citizen is a potential user of services both provided by the State and by the private sector. We assume that private health insurance holders will have their health services preferentially provided by the private sector. **Objective:** To identify the occurrence of changes in priority health care provider, as well as socioeconomic and epidemiologic characteristics associated with having or not private health insurance in the elderly population in the city of São Paulo from 2000 to 2006. **Methods:** retrospective cohort study carried out as part of the Survey on Health and Wellbeing of Elders (*SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento*). This cohort started in 2000 with 2,143 participants aged 60 years and, in 2006, had 1,116 participants. Having a private health insurance is the dependent variable and independent variables include sociodemographic characteristics; referred morbidity, self-assessment of health, basic activities of daily living (BADL), preventive actions and the use of health services. Descriptive analysis and stepwise logistic regression were used to assess data collected in home visits. **Results:** There were no significant changes in priority health provider throughout time. There were significant changes in income, scholarship and earlier life conditions in favor of insurance holders. The group that had no private health insurance was less subjected to cancer and more subjected to respiratory disease prevention, waited longer for health appointments, did less post-appointment examinations, had a more negative self-assessment of health and reported higher frequency of falls. Private health insurance holders reported less difficulty to perform BADL and lower adhesion to vaccination campaigns. Among holders that were hospitalized, 11.1% had their medical expenses paid by SUS in 2000 and 17.9% in 2006. The only morbidity associated with being a private health care insurance holder was osteoporosis. **Conclusion:** The study population/group tended to keep the same type of health care provider and

associations found were more related to socio-demographic characteristics and the use of services than with health conditions of the elderly.

Descriptors: aging; epidemiology; private health insurance; public health; health system.

ÍNDICE

Apresentação.....	20
Capítulo 1 – Introdução.....	22
1.1 – Transição demográfica e epidemiológica.....	27
1.2 – Transição demográfica e epidemiológica no Brasil.....	31
1.3 – Estudos epidemiológicos de coorte com a população idosa	33
Capítulo 2 – Sistema de saúde brasileiro: trajetória histórico-política.....	37
2.1 – Sistema Único de Saúde.....	46
2.2 – Saúde suplementar.....	48
Capítulo 3 – Fundamentação teórica para a seleção das variáveis analisadas.....	60
3.1 – Interface público / privado: variável dependente.....	61
3.2 – Variáveis de natureza sociodemográfica e de condição de saúde... 3.2.1 – Morbidade.....	62 66
3.2.2 – Autoavaliação de saúde.....	69
3.2.3 – Capacidade funcional.....	70
3.2.4 – Uso de serviços de saúde e ações de prevenção.....	71
Capítulo 4 – Justificativa.....	79
Capítulo 5 – Objetivo e Hipótese.....	84
5.1 – Objetivos.....	84
5.2 – Hipóteses.....	84
Capítulo 6 – Metodologia.....	85
6.1 – Tipo de estudo.....	85
6.2 – Instrumento.....	86
6.3 – População e amostra.....	88
6.4 – Variável dependente.....	90
6.5 – Variáveis independentes.....	91
6.6 – Procedimento.....	99
6.7 – Análise estatística.....	100
6.8 – Observações gerais.....	100
Capítulo 7 – Resultados e Discussão.....	101
7.1 – Caracterização dos idosos segundo provedor prioritário de serviços de saúde.....	101
7.1.1 – Caracterização sociodemográfica.....	102
7.1.2 – Caracterização quanto às condições de saúde.....	111
7.1.2.1 – Morbidade referida.....	111
7.1.2.2 – Autoavaliação de saúde.....	120
7.1.2.3 – Dificuldades na execução de Atividades Básicas de Vida Diária.....	124
7.1.2.4 – Uso de serviços de saúde e ações de prevenção.....	130
7.2 – Mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde.....	149
7.2.1 – Mobilidade e características sociodemográficas.....	150

7.2.2– Mobilidade e condições de saúde.....	155
7.3 – Fatores associados à posse de planos de saúde.....	164
Capítulo 8 – Conclusão.....	174
Capítulo 9 – Considerações finais.....	177
Referências bibliográficas	185
Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética	205
Currículo Lattes da autora	210
Currículo Lattes da orientadora	211

Lista de Figuras

Figura 1 – Idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e ocorrência de queda nos últimos 12 meses. Município de São Paulo, 2000 e 2006..... 111

Figura 2 – Idosos com e sem plano de saúde segundo sexo e realização de vacinação. Município de São Paulo, 2000 e 2006.....134

Figura 3 – Titulares de planos de saúde segundo idade e sexo. Município de São Paulo, 2000 e 2006.....143

Lista de Quadros

Quadro 1 – Rol de estudos que contêm a expressão planos de saúde, publicados a partir de 2000, segundo tema principal e ano de publicação.....	51
Quadro 2 – Maiores percentuais de internação no SUS, em 2009, por grupos de causas, faixas etárias a partir de 60 anos e a partir de 65 anos.....	61
Quadro 3 – Eventos ocorridos na coorte, período 2000 / 2006.....	83
Quadro 4 – Variável dependente: natureza do provedor prioritário de serviços de saúde.....	85
Quadro 5 – Categorização das variáveis relativas aos fatores Sociodemográficos.....	86
Quadro 6 – Categorização das variáveis relativas a doenças e agravos referidos	87
Quadro 7 – Categorização das variáveis relativas à autoavaliação de saúde.....	88
Quadro 8 – Categorização das variáveis relativas a dificuldades na execução de ABVD.....	88
Quadro 9– Categorização das variáveis relativas ao uso de serviços de saúde.....	90
Quadro 10 – Categorização da variável vacinação.....	92
Quadro 11 – Categorização das variáveis relativas às ações de prevenção realizadas em serviço de saúde.....	92
Quadro 12 – Razões de chance para titularidade de planos de saúde segundo sexo, em face da variável renda suficiente para as despesas diárias. Análise univariada. Município de São Paulo, 2000 e 2006.....	104
Quadro 13 – Variáveis associadas a ter plano privado de saúde, sexo feminino, ano 2000.....	158
Quadro 14 – Variáveis associadas a ter plano privado de saúde, sexo masculino, ano 2000.....	159
Quadro 15 – Variáveis associadas a ter plano privado de saúde, sexo feminino, ano 2006.....	160
Quadro 16 – Variáveis associadas à condição de ter plano privado de	

saúde, sexo masculino, ano 2006.....	161
Quadro 17 – Variáveis significativas para homens e mulheres idosos, após análise de regressão logística com variável dependente igual a ter ou não ter plano de saúde. Município de São Paulo, 2000 e 2006...	164

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Proporção (%) de idosos com e sem plano privado de saúde, segundo sexo. Município de São Paulo, 2000 e 2006.....	95
Tabela 2 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo características sociodemográficas. Município de São Paulo, 2000.....	99
Tabela 3 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo características sociodemográficas. Município de São Paulo, 2006.....	100
Tabela 4 – Situação dos participantes da coorte, no segundo momento de coleta de dados, segundo sexo e provedor prioritário de serviços de saúde. Município de São Paulo, 2006.....	104
Tabela 5 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo morbidade referida. Município de São Paulo, 2000 e 2006.....	106
Tabela 6 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e morbidade referida. Município de São Paulo, 2000.....	108
Tabela 7 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e morbidade referida. Município de São Paulo, 2006.....	109
Tabela 8 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e autoavaliação de saúde. Município de São Paulo, 2000.....	115
Tabela 9 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e autoavaliação de saúde. Município de São Paulo, 2006.....	115
Tabela 10 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e relato de dificuldade em ABVD. Município de São Paulo, 2000.....	120
Tabela 11 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e relato de dificuldade em ABVD. Município de São Paulo, 2006.....	121
Tabela 12 – Proporção (%) de dificuldade em ABVD no ano 2000, segundo a situação na coorte na segunda coleta de dados. Município de São Paulo, 2006.....	122
Tabela 13 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo fatores relacionados com o uso de serviços. Município de São Paulo, 2000	129

Tabela 14 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo fatores relacionados com o uso de serviços. Município de São Paulo, 2006.....	130
Tabela 15 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo motivo da dificuldade em acessar serviços de saúde. Município de São Paulo, 2006.....	131
Tabela 16 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo o acesso a ações de prevenção de doenças de realização exclusiva em serviço de saúde. Município de São Paulo, 2000.....	133
Tabela 17 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo o acesso a ações de prevenção de doenças de realização exclusiva em serviço de saúde. Município de São Paulo, 2006.....	133
Tabela 18 – Proporção (%) de idosos segundo condição de vinculação a provedor prioritário de serviço de saúde. Município de São Paulo, 2006.....	142
Tabela 19 – Proporção (%) de idosos segundo mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde e características sociodemográficas. Município de São Paulo, 2000 / 2006.....	145
Tabela 20 – Proporção (%) de idosos segundo mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde e morbidade referida. Município de São Paulo, 2000 / 2006.....	148
Tabela 21 – Proporção (%) de idosos segundo mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde e autoavaliação de saúde. Município de São Paulo, 2000/ 2006.....	150
Tabela 22 – Proporção (%) de idosos segundo mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde e relato de dificuldade para a realização de atividades da vida diária. Município de São Paulo, 2000/2006.....	152
Tabela 23 – Proporção (%) de idosos segundo mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde e ações de prevenção realizadas em serviços de saúde. Município de São Paulo, 2000/2006.	153
Tabela 24 – Proporção (%) de idosos segundo mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde e uso de serviços. Município de São Paulo, 2000/2006.....	154

Siglas Utilizadas

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária.

AVD – Atividades de Vida Diária ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

BPC – Benefício de Prestação Continuada.

BRAZOS – Brazilian Osteoporosis Study

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CSDH – Commission on Social Determinants of Health

DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ECM – Exame Clínico da Mama

FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

HPV – Human Papillomavirus

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IARC – International Agency for Research on Cancer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Mulher

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPA – Plano de Pronta Ação

PSF – Programa Saúde da Família

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFT – Taxa de Fecundidade Total

UICC – União Internacional contra o Câncer

APRESENTAÇÃO

Há um processo de transição demográfica em escala mundial, que tem implicado maior longevidade para os indivíduos e envelhecimento para as populações.

O envelhecimento – individual ou populacional – influencia as questões relacionadas com a saúde de pessoas e grupos, objeto de estudo da Epidemiologia.

As pesquisas epidemiológicas fornecem, entre outros, arcabouço empírico para o planejamento de políticas públicas destinadas ao gerenciamento adequado das questões inerentes ao envelhecimento populacional. As políticas organizam o funcionamento do sistema de saúde, o qual, por sua vez, é resultado de um processo histórico.

Políticas abrangem fatores complexos, determinados por um amplo conjunto de ações e atores. A atual configuração do sistema de saúde brasileiro – universal, pago, regulado, híbrido – é resultado de um processo político e histórico, que tem como um dos aspectos marcantes a convivência entre público e privado, na provisão e acesso aos serviços.

Esta pesquisa busca compreender, a partir de um estudo longitudinal, a posição do idoso residente no município de São Paulo, nesse contexto político e epidemiológico caracterizado pelo crescimento da população idosa e pela convivência entre provedores públicos e privados de serviços de saúde. Aqui se considera provedor o responsável pelo custeio do serviço prestado, uma vez que o setor público tanto utiliza rede própria quanto compra serviços de prestadores e profissionais de natureza jurídica privada.

O trabalho está organizado em capítulos que abrangem a estrutura da tese: introdução; justificativa; objetivo e hipótese; metodologia; resultados e respectiva discussão; conclusão; considerações finais.

Os capítulos 1, 2 e 3 contextualizam o objeto de análise – amostra de população idosa com e sem plano de saúde – tendo como pano de fundo temas fundamentais para a compreensão do envelhecimento populacional e

do modelo de atenção ora em vigor. Apresenta-se um panorama histórico, de modo a auxiliar o entendimento da configuração atual do sistema de saúde brasileiro e uma revisão dos trabalhos que fundamentam a escolha das variáveis analisadas.

O Capítulo 4 – Justificativa – ressalta a necessidade de pesquisas que analisem a influência, sobre a saúde dos indivíduos idosos, da adoção de um modelo que impõe uma relação dialética entre público e privado, que ora se confrontam e ora cooperam entre si.

O Capítulo 5 apresenta os objetivos e hipóteses do estudo.

O Capítulo 6 – Metodologia – descreve as características do estudo e os procedimentos realizados para o alcance dos objetivos estabelecidos.

O Capítulo 7 apresenta o resultado das análises, discutindo e comparando com trabalhos que abordam temas relacionados.

O Capítulo 8 – Conclusão – apresenta a síntese dos resultados encontrados.

O Capítulo 9 – Considerações Finais e Limitações do Estudo – destaca as contribuições do trabalho apresentado e, simultaneamente, as limitações a ele inerentes.

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

*“Quando vou pra dar batalha, convido meu coração”
João Guimarães Rosa*

Modernamente, o envelhecimento humano é definido como um conjunto de processos biopsicossociais sobre cujo início não há consenso científico. Está relacionado com o desenvolvimento, dado que as mudanças, ocorridas ao longo do curso de vida, implicam ganhos e perdas em proporções variáveis e em diferentes dimensões.

Idoso, *stricto sensu*, é aquele que tem muita idade. Entretanto, considerar apenas a idade cronológica implica limitações importantes, tais como a heterogeneidade entre indivíduos, no espaço, no tempo e nos grupos sociais. Ademais, as características biológicas não existem de forma isolada das construções culturais. A sociedade cria expectativas em relação aos papéis sociais daqueles que adquirem com o *status* de idoso e exerce formas de coerção para que esses papéis se cumpram, como é o caso, por exemplo, da aposentadoria compulsória presente nos regimes previdenciários de vários países, entre eles o Brasil^{55,79}.

No aspecto biológico o envelhecimento acarreta mudanças morfológicas e bioquímicas, compreendendo transformações que implicam a diminuição gradual da capacidade de adaptação e da probabilidade de sobrevivência. Tais fenômenos se iniciam em diferentes épocas e ritmos, acarretando resultados distintos intra e interindivíduos¹⁹⁹.

Na dimensão psicossocial, envelhecimento e desenvolvimento são analisados a partir de três tipos de sequências de mudanças: as previsíveis, de natureza genético-biológica que ocorrem ao longo das idades; as psicossociais, determinadas pelos processos de socialização e influenciadas pelos aspectos coletivos e históricos de cada coorte; e as não normativas, imprevisíveis, relacionadas tanto com as questões biológicas quanto com as sociais¹⁹⁹.

As concepções de envelhecimento humano – seja no aspecto individual ou coletivo – são frequentemente relacionadas com mudanças que

interferem nos aspectos da saúde e da doença os quais, por sua vez, compõem o foco de interesse da Epidemiologia.

Dentre as definições de Epidemiologia, ressalta-se aqui a de Last¹⁴⁷, que a conceitua como o estudo da frequência, distribuição e determinantes dos estados ou eventos relacionados com a saúde em populações específicas, bem como a aplicação de tais estudos no controle dos problemas de saúde.

Essa definição destaca o papel da Epidemiologia como disciplina básica da saúde pública, voltada para a compreensão do processo saúde-doença no âmbito de populações. Como área do conhecimento, fundamenta-se no raciocínio causal e, como disciplina da saúde pública, fundamenta o desenvolvimento de estratégias de proteção e promoção da saúde da comunidade, atuando como instrumento indispensável na elaboração de políticas para o setor saúde^{114,289}.

O envelhecimento populacional é entendido como o crescimento consistente e continuado da população conceituada como idosa, de modo que a sua participação relativa no total da população é ampliada. Tal fenômeno pode ser consequência da redução do grupo etário jovem, do crescimento do grupo idoso ou de ambos. De qualquer forma, sempre se relaciona com processos da transição demográfica e epidemiológica¹³⁹.

A emergência do envelhecimento populacional nas diferentes sociedades contemporâneas impôs a necessidade de uma convenção estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual são consideradas idosas as pessoas com idade cronológica a partir de 60 anos nos países em desenvolvimento e 65 nos desenvolvidos. Considera-se a proporção de 7% de idosos, a partir da qual uma população é considerada envelhecida²⁹⁰. Convenções desse tipo são importantes para a construção de parâmetros para o estudo dos impactos do envelhecimento populacional.

Um dos principais impactos sociais do envelhecimento diz respeito à oferta e demanda de serviços de saúde que, por sua vez, são influenciadas pelos princípios fundadores de cada sistema nacional de saúde.

O atual sistema brasileiro se fundamenta no princípio da *saúde como direito de todos e dever do Estado*. O artigo 196 da Constituição Federal garante a prestação de serviços públicos de caráter universal, entretanto admite a participação do mercado, em caráter complementar, por meio de empresas ou profissionais liberais.

O texto constitucional usa a expressão “complementar” e, na maior parte da legislação se encontra o termo “suplementar”, inclusive na denominação da agência governamental criada para regular a questão, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Neste estudo, ambos os termos serão considerados sinônimos. Cabe notar que alguns trabalhos parecem fazer referência a “dois” sistemas – Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema de Saúde Suplementar. Aqui se considera a existência de um único Sistema de Saúde, integrado por organizações de natureza pública e privada.

Segundo a OMS, o crescimento do mercado de planos e seguros privados na América Latina está associado às recentes reformas dos sistemas de saúde, marcadas pela reorganização do mercado de bens e serviços de saúde, resultando em um crescimento da cobertura do seguro privado. O incentivo ao aumento da participação do setor privado é justificado tanto como uma forma de conter os gastos públicos quanto para aumentar o acesso da população aos serviços de saúde. Em grande parte dos países, os gastos privados com saúde superam os públicos, indicando um maior peso relativo do setor privado no financiamento da assistência. No Chile, Argentina e Brasil, os gastos privados com saúde representam 50% do total²⁰⁹.

Nessa dinâmica marcada por uma contínua interseção entre o público e o privado, há uma crença na superioridade da eficácia do modelo privado, quando comparado com o público. Entretanto, há poucos trabalhos que sustentem, de maneira inequívoca e com base em dados empíricos, a superioridade de um modelo em relação ao outro.

Acerca dessa ausência de dados empíricos, tome-se como exemplo o estudo de Alves, em 2007⁹, acerca dos gastos das famílias com saúde, a

partir de dados de uma pesquisa da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) que coletou informações sobre os padrões de consumo da cidade de São Paulo, com amostra representativa de 2,5 milhões de moradores. Na introdução, o autor afirma que o Brasil conta com um “sistema de saúde dual”, em que:

Pessoas com recursos financeiros ou cujo empregador proporcione assistência médica, têm acesso ao sistema de saúde privado que atende, com qualidade, à demanda. O resto do país, ao contrário, conta com um sistema público de clínicas e hospitais. E, assim, como na maioria dos casos de sistemas públicos de saúde no mundo, o sistema brasileiro é caracterizado por uma longa espera e uma qualidade questionável, com a implicação prática de que aqueles que dependem desse sistema nunca conseguem resolver razoavelmente seus problemas de saúde e, conseqüentemente, passam mais tempo doentes. Esse sistema de saúde dual é particularmente relevante, no que diz respeito ao Brasil, à luz das recentes mudanças na estrutura sociodemográfica do país. (...) Durante os últimos 20 anos, o tamanho das famílias dentro dos segmentos mais pobres da sociedade brasileira (aqueles que tipicamente dependem do serviço público de saúde) tem sido maior do que o dos segmentos mais prósperos. Esse grande grupo da população está envelhecendo, e está se aproximando o momento em que suas necessidades de assistência médica irão crescer rapidamente [Cutler e Meara (1998)]. Cogita-se, com certa preocupação, de que o sistema público de saúde brasileiro não irá atender a essa crescente demanda. Em particular, o já longo tempo de espera continuará a aumentar, implicando que muitos dos segmentos mais pobres da sociedade não irão receber tratamento algum. Esse mecanismo de exclusão social da população pobre e idosa crescerá na mesma proporção em que cresce esse segmento da população brasileira (ALVES, 2007, p.69)⁹.

Apesar das críticas expostas na introdução, o trabalho citado acima, em seu desenvolvimento, não fundamenta as desastrosas perspectivas futuras do sistema nem aborda as percepções dos usuários.

Ressalte-se que não se trata de uma crítica ao mérito do trabalho citado e sim de destacar a necessidade de dados empíricos que comprovem tudo o que se afirma ou se vivencia, no que diz respeito às diferenças na qualidade ou quantidade de serviços de saúde propiciados por provedores de natureza pública e privada.

Entre as pesquisas que trabalham com dados populacionais, destaca-se o estudo de Sasson e cols.²⁵⁷ que analisa diferenças no perfil de mortalidade, comparando população brasileira total e população beneficiária de planos de saúde. Os autores utilizaram a base de dados da ANS, em junho de 2004 e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Após o controle por variáveis tais como idade e sexo, os autores concluem que a taxa de mortalidade entre beneficiários de planos de saúde é menor, quando comparada com a população total. Entretanto, *raça/cor* tem maior poder explicativo que *renda*, ou seja, mesmo que a população de beneficiários tenha renda mais elevada, persiste a desigualdade de taxas de mortalidade, desfavorável para pretos e pardos, em ambos os grupos populacionais.

Os estudos encontrados, dentre os que abordavam o tema a partir da perspectiva do usuário como unidade de análise^{26,46,47,74,82,96,112,190,228,229}, não tratam de uma possível superioridade da prestação de serviços por provedores privados em relação a provedores públicos. Ou seja, não se propõem a responder se as pessoas que utilizam predominantemente os provedores privados têm maiores chances de acesso a serviços ou efetivo atendimento de suas necessidades, por exemplo.

Neste trabalho foram analisadas variáveis importantes para a determinação do estado de saúde dos indivíduos idosos e a respectiva associação com o pertencer ao grupo dos que utilizam, prioritariamente, os provedores de natureza pública ou os de natureza privada. Utilização prioritária foi considerada a expressão mais adequada no âmbito de um estudo de base populacional, tendo em vista que a população, por princípio constitucional, tem acesso concomitante às duas formas de provisão de serviços. Foi considerado que quem tem plano ou seguro privado de saúde utilizará, prioritariamente, provedores de natureza jurídica privada.

De acordo com Bahia e Scheffer³¹, não há unanimidade quanto ao termo empregado para designar a população assistida por planos de saúde. A palavra “beneficiário”, frequentemente utilizada na literatura e adotada pela ANS, remete à condição de quem recebe um benefício ou vantagem. Tal

acepção provavelmente se origina dos antigos convênios que a previdência social realizava com o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O termo “usuário”, também usado para referir-se à população assistida pelo SUS que, por definição constitucional, é toda a população brasileira, refere-se àquele que se serve de algo ou desfruta de sua utilidade. O conceito de “consumidor” também tem sido difundido, principalmente, pelas entidades que atuam na defesa das pessoas em face dos contratos celebrados pelas operadoras.

Também foram encontrados na literatura os termos “cliente vinculado a plano privado de saúde” *versus* “segmentos populacionais cobertos exclusivamente pelo SUS”²⁷ e “SUS Dependente”^{169,198}.

Na presente pesquisa, optou-se por construir uma unidade de análise a partir da categorização da amostra em dois grupos: usuários prioritários de provedores de serviços de saúde de natureza privada (Pr) e usuários prioritários de serviços de saúde de natureza pública (Pb). Ambos constituem a variável independente descrita no capítulo Metodologia.

O termo *prioritário* se fundamenta, entre outros, nos resultados encontrados por Pinheiro e cols.²²⁵ Esses autores analisaram dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1998 e encontraram que a diferença nas proporções dos atendimentos por plano entre as regiões brasileiras é proporcional à diferença na cobertura por plano de saúde, sugerindo que quem tem plano faz uso prioritário do mesmo, independentemente de viver em área urbana ou rural.

As seções apresentadas a seguir revisam trabalhos que buscam compreender quem são e como se formaram os grupos analisados nesta pesquisa, bem como estabelecer sua posição frente ao modelo de atenção à saúde vigente no Brasil.

1.1–Transição demográfica e epidemiológica

A maioria dos trabalhos que abordam aspectos do envelhecimento se inicia com considerações demográficas e este não logrou ser diferente, dado

que a transição demográfica é, *per se*, uma justificativa legítima para a pesquisa em gerontologia.

O termo *transição demográfica*, elaborado por Warren Thompson em 1929, é uma das primeiras construções teóricas para explicar o aumento da população mundial e o respectivo envelhecimento.

A transição demográfica compreende quatro estágios. O primeiro se caracteriza pela existência de altas taxas de fecundidade e mortalidade, esta última, principalmente entre os mais jovens. No segundo estágio, declina a mortalidade e a fecundidade se mantém elevada. No terceiro, a fecundidade diminui e a mortalidade continua declinando. No último estágio, a fecundidade fica muito baixa e a mortalidade continua a cair em todas as faixas etárias, havendo crescimento contínuo da proporção de pessoas idosas¹⁴⁰.

Segundo Mé dici e Beltrão¹⁸⁷, o estudo de Chesnais, em 1986, realizado com 67 países, revela algumas lacunas neste esquema clássico, em virtude de haver contextos nos quais a fecundidade flutua antes e depois do período de transição, diferindo do processo padrão descrito. Ademais, o modelo não leva em conta as influências que a migração exerce, inclusive pela transposição dos modelos de fecundidade vigente nos países de origem dos migrantes. Além disso, esse modelo enfatiza o componente mortalidade e não destaca a influência recíproca entre variáveis demográficas e econômicas, como, por exemplo, a queda da mortalidade que, se analisada como consequência do desenvolvimento econômico e social, também pode ser vista como impulsionadora deste mesmo desenvolvimento. Esta influência recíproca pode ser observada nos países em desenvolvimento durante o período 1950–1980. Como a queda da mortalidade está altamente relacionada com o combate das grandes endemias, pode-se afirmar que ela ocorre simultaneamente a uma das etapas mais favoráveis ao aumento da produtividade no trabalho.

Há que se destacar as análises macro e microeconômicas, que dificultam a obtenção de conclusões padronizadas acerca dos processos de transição demográfica. As primeiras vinculam a transição a fatores gerais

tais como escassez de recursos e falta de perspectivas econômicas para a população ou a transformações nas relações econômicas e na dinâmica dos mercados, que geram novos padrões de comportamento reprodutivo. As análises microeconômicas ressaltam a queda da fecundidade como uma decisão racional das famílias, assumindo os critérios da teoria neoclássica das expectativas racionais, ou seja, uma análise da relação custo / benefício de ter ou não ter filhos^{77,187}.

O que não se questiona, em nenhum ponto da literatura consultada, é a relação entre transição demográfica e epidemiológica.

O trabalho mais conhecido acerca da transição epidemiológica foi publicado em 1971 por Abdel R. Omran²⁰⁸ e, a julgar pela frequência com a qual é citado e pela consonância com as ideias expostas nos estudos recentes, seus postulados continuam válidos até os dias atuais.

Há cinco principais postulados da teoria da transição epidemiológica:

I) A mortalidade é um fator fundamental na dinâmica populacional.

II) Durante a transição ocorrem mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade predominantes, com a diminuição da incidência e prevalência de doenças infecciosas que são gradualmente substituídas por enfermidades crônicas não transmissíveis e doenças ocasionadas pela ação do homem (intervenções danosas ao meio ambiente, por exemplo).

III) As mudanças mais acentuadas nos padrões de saúde e doença favorecem a sobrevivência de crianças e mulheres em idade fértil.

IV) O declínio da mortalidade, que vem com a transição epidemiológica, amplia o intervalo entre as curvas de natalidade e mortalidade, criando um “espaço” para o crescimento da população.

V) As variações peculiares – aos padrões, ritmos, determinantes e consequências das mudanças – podem se apresentar de duas formas: modelo clássico (transição gradual e progressiva de padrões de alta

mortalidade e alta fecundidade para padrões de baixas mortalidade e fecundidade e modelo acelerado (passagem rápida do estágio da fome e da pestilência para o estágio da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis).

Em 1971, Omran²⁰⁸ descrevia o modelo contemporâneo da maioria dos países em desenvolvimento. Embora lento, o instável declínio na mortalidade começara em alguns desses países logo após a virada do século XIX. Houvera rápidas e substanciais quedas na mortalidade, a partir da Segunda Guerra, ocasionadas por medidas de saúde pública oriundas, principalmente, de novas tecnologias médicas. Programas nacionais e internacionais de “controle da população” eram desenhados para apressar artificialmente a queda da fecundidade, apresentando-se como traços característicos desse modelo para países onde o controle da mortalidade havia superado, de longe, o controle de nascimentos.

Os questionamentos ao modelo de Omran são, de forma geral, assemelhados àqueles propostos ao modelo de transição demográfica. De acordo com Schramm e colaboradores²⁶¹, a mudança de padrões de saúde não obedece aos mesmos parâmetros na sequência, intensidade e velocidade, em diferentes regiões; a heterogeneidade das sociedades contemporâneas impõe um padrão de risco com fronteiras tênues, onde os espaços urbano e rural se interconectam e doenças modernas e arcaicas se sobrepõem.

Em que pesem as críticas, o modelo desenvolvido por Omran construiu uma base teórica válida até hoje. Ressalte-se que no final do seu artigo clássico, ele se refere às heterogeneidades geoeconômicas:

Apesar de ganhos indubitáveis na sobrevivência das mulheres e crianças, a mortalidade de crianças e recém-nascidos, permanece excessivamente alta na maioria desses países e em alguns, mulheres em idade fértil continuam a ter alto risco de mortalidade tanto quanto homens na mesma faixa etária. Embora a maioria dos países na América Latina, África e Ásia se encaixem nesse modelo, diferenças importantes entre essas áreas sugerem a utilidade de desenvolver sub-modelos, particularmente no que se refere à variedade de respostas/reações entre fecundidade e

condições socioeconômicas, em relação aos programas nacionais de desenvolvimento (OMRAN, 1971, p. 16²⁰⁸, tradução livre)^a.

1.2 – Transição demográfica e epidemiológica no Brasil

O fato mais notável, na transição demográfica brasileira, é a velocidade na qual ela tem ocorrido. As taxas de mortalidade já haviam começado a diminuir anteriormente às de natalidade e em ritmo mais acelerado que estas. Isso provocou um crescimento vegetativo sem paralelo, em comparação a todos os períodos históricos anteriores. Entre 1950 e 1960 a população cresceu aproximadamente 3% ao ano e no final da década de 60 teve início um rápido e generalizado declínio da fecundidade. A Taxa de Fecundidade Total (TFT)^b passa de 5,8, em 1970 para 2,3 filhos por mulher, em 2000 e, em 2006, a PNAD¹²⁴ encontra uma taxa de 2,0 filhos por mulher, número inferior ao mínimo de reposição populacional que é de 2,1^{11,63}.

Esses dados apontam para um consistente processo de desestabilização da estrutura etária, com estreitamento continuado da base da pirâmide e consequente, envelhecimento populacional^{11,63}.

Carvalho e Garcia⁶³ citam o exemplo da Inglaterra, para comparar o envelhecimento populacional brasileiro com o europeu. Enquanto a Inglaterra, partindo em 1870, de um nível menor (TFT de 5,3), necessitou de 100 anos para ter um declínio de 58% (TFT de 2,2 em 1970), o Brasil, num

^a [Despite unmistakable gains in the survival of women and children, infant and childhood mortality remains excessively high in most of these countries and in some, females of reproductive age continue to have higher mortality risks than males in the same age group. Although most countries in Latin America and Asia fit this model, important differences between these areas suggest the utility of developing submodels, particularly with regard to the varying responses of fertility and socioeconomic conditions to national development programs.]

^bTaxa de Fecundidade Total (TFT) representa o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher, até o final de seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico. Esse indicador é o principal determinante da dinâmica demográfica e não é afetado pela estrutura etária da população. Expressa a situação reprodutiva de uma mulher pertencente a uma coorte hipotética, sujeita às taxas específicas de fecundidade por idade, observadas na população em estudo, supondo-se a ausência de mortalidade nesta coorte (Simões, 2006²⁶⁸).

período de 30 anos – entre 1970 e 2000 – experimentou uma queda de 60%, com sua TFT passando de 5,8 para 2,3.

Cumprir notar que, antes do início do declínio da fecundidade nos países desenvolvidos, na segunda metade do século XIX, os níveis já se encontravam em patamares significativamente inferiores aos brasileiros, quando do início de sua queda. Além disso, naqueles países, o processo ocorreu de forma consistente, porém, num ritmo mais lento do que o observado no Brasil. Os países europeus já contavam com maior proporção de idosos quando iniciaram a transição. Entretanto, o envelhecimento da população brasileira ocorrerá num ritmo significativamente mais rápido⁶³.

Os resultados da PNAD 2007 mostram a consistência da diminuição da taxa de fecundidade – 1,8 filhos por mulher, abaixo do nível de reposição que é de 2,1. A continuar assim, o fenômeno influenciará a já comprovada desaceleração do ritmo de crescimento da população brasileira, bem como mudanças importantes na estrutura etária da população total, que poderá diminuir a partir de 2030 e apresentar um padrão demográfico semelhante ao dos países da Europa Ocidental, Rússia e Japão¹³⁵.

Quando da realização da PNAD 2007, a população idosa representava 10,6% da população total, a expectativa de vida média para os nascidos naquele ano era de 72,7 anos e a taxa de fecundidade se mantinha abaixo do nível mínimo de reposição¹³⁵.

A taxa de crescimento da população de idosos foi duas vezes maior que a da população total, e 2,5 milhões desses indivíduos vivem em situação de pobreza. O aumento da esperança de vida resulta em famílias intergeracionais e, em 53% dos domicílios com idosos, eles eram responsáveis por mais da metade da renda familiar. Havia mais idosos do que idosos nas cidades e ocorria o contrário nas áreas rurais. Mais da metade dos residentes nestas últimas não tinham instrução ou contavam com menos de um ano de estudo¹³⁵.

A PNAD 2008 confirma a tendência de envelhecimento populacional. As faixas etárias mais jovens registraram participações menores do que as observadas em 2007, enquanto as faixas de idade mais elevadas mostraram aumento na participação da população total residente. O grupo de 40 anos e mais passou de 33,1% para 34,3%, ao passo que os jovens de 0 a 14 anos diminuíram, de 25,5% para 24,7%. A região Norte continua com a estrutura etária mais jovem e foi a única onde o contingente de zero a quatro anos é maior que o de 60 e mais. As regiões Sul e Sudeste se mantiveram como as mais envelhecidas. Nestas, a população com mais de quarenta anos de idade representou 38,1% e 37,9%, respectivamente. Os estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul apresentam os maiores percentuais de pessoas com 60 anos e mais: 14,9% e 13,5%, respectivamente¹²⁵.

Os dados demográficos implicam associação imediata com a situação epidemiológica.

A transição epidemiológica, no Brasil, não tem ocorrido de forma semelhante à maioria dos países desenvolvidos ou mesmo em desenvolvimento – Chile, Cuba e Costa Rica, como exemplo destes últimos – havendo superposição entre as etapas de predominância das doenças infecciosas e das doenças crônicas não transmissíveis²⁶¹. As peculiaridades das transições – populacional e epidemiológica – no País demandam estudos de base populacional de natureza longitudinal, específicos para a população idosa.

1.3 – Estudos epidemiológicos de coorte na população idosa brasileira

Além do estudo SABE, iniciado em 2000 – descrito de forma detalhada no Capítulo Metodologia – serão destacados três estudos longitudinais com população idosa, desenvolvidos no Brasil.

O *Epidoso*, desenvolvido a partir de 1991, avaliou residentes na comunidade do município de São Paulo, seguindo a coorte em busca de

fatores associados ao envelhecimento saudável e fatores de risco para mortalidade. Os resultados publicados após os dois primeiros anos de seguimento revelavam que a população estudada apresentava alta prevalência de doenças crônicas: quase 90% referiam pelo menos uma condição crônica. Cerca de 50% declararam necessitar ajuda para realizar pelo menos uma das Atividades de Vida Diária²³⁹.

O *Projeto Veranópolis* iniciou-se em 1994, com um estudo piloto que visava lançar as bases para a implementação de uma investigação de base populacional, para análise de variáveis associadas ao envelhecimento bem sucedido em indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos, residentes em Veranópolis (RS). O objetivo inicial era buscar evidências empíricas que explicassem a alta longevidade da população daquele município. Em 1996, a longevidade média era 77,7 anos em Veranópolis, ao passo que, no mesmo período, a expectativa média de vida no estado do Rio Grande do Sul era de 71,8 anos e no Brasil, de 67,7 anos. O projeto foi iniciado em 1996 e, a partir dele, diversos estudos foram realizados, visando principalmente a questões de longevidade e qualidade de vida na velhice¹⁸¹.

O *Projeto Bambuí*, iniciado em 1997, descreve características sociodemográficas, de suporte social e de condição de saúde na população idosa do município de Bambuí, no estado de Minas Gerais, comparando essas características com as da população mais jovem¹⁵⁹. Naquela coorte, 58,1% dos indivíduos entre 60 e 79 anos relatam pelo menos uma condição crônica (entre as cinco mais prevalentes para esta faixa etária); 61% para o grupo 70–79 e 47,1% para os de 80 e mais. A diminuição da proporção de condições crônicas entre os mais idosos pode ser um viés de sobrevivência: aqueles com doenças/condições crônicas teriam maior probabilidade de morte precoce¹⁶¹. No que diz respeito à autoavaliação de saúde, 24,7% consideraram boa/muito boa, 49,2%, razoável e 26,1%, ruim/muito ruim. Essa variável esteve significativamente associada à incapacidade para realização de Atividades de Vida Diária (AVDs); sintomas depressivos e ansiosos; insônia nos últimos 30 dias; síndrome metabólica e número de medicamentos prescritos nos últimos 30 dias.

No estudo de Bambuí, destaca-se a associação independente entre autoavaliação de saúde e renda familiar, contrariando a maioria dos trabalhos que abordam essa questão. Sobre isso, os autores citam um estudo qualitativo realizado com a mesma população, cujos resultados são coerentes com o que predomina na literatura: a avaliação da gravidade e relevância de um problema de saúde era mais determinada pela probabilidade de enfrentá-lo do que pelo problema em si e o enfrentamento estava associado ao apoio familiar e ao acesso a cuidados médicos, que por sua vez eram facilitados pelo poder aquisitivo¹⁶³.

O *SABE*, iniciado em 2000, em cujo contexto se desenvolveu o presente trabalho, é um estudo longitudinal abrangente que analisa, entre outras, características sociodemográficas, de suporte social e de condição de saúde da população idosa do município de São Paulo. Os primeiros resultados divulgados, com base na coleta de dados de 2000, destacam que:

(...) é preocupante a avaliação do estado de saúde nos níveis encontrados, pois isso, provavelmente, está diretamente relacionado a uma baixa qualidade de vida, influenciada pelo gênero, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidade. Além disso, é alta a presença de três ou mais doenças crônicas, principalmente nas mulheres, o que, associado à baixa avaliação da sua saúde, levará a um provável aumento na demanda aos serviços de saúde... (...) Essa realidade deve alertar os planejadores de saúde, a fim de ser adequada a oferta de serviços à demanda representada pelos idosos de hoje e os que virão.” (LEBRÃO e LAURENTI, 2003. p. 89)¹⁵³.

Os resultados dos estudos citados revelam, de modo geral, uma população com alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; alto índice de má avaliação da própria saúde e alto consumo de medicamentos e de serviços de saúde. Além disso, tais estudos, juntamente com os da área de demografia, apontam para o crescimento da demanda de cuidados de saúde para a população de 60 anos e mais.

Para atender a essa população, o Brasil conta com um sistema de saúde cujas formas de acesso se dão tanto pelo setor público quanto pelo privado.

Entre as diferentes formas de combinação das instâncias pública e privada, a estrutura ora vigente combina um sistema único e universal – Sistema Único de Saúde (SUS) – com a modalidade comumente denominada Saúde Suplementar, onde a cobertura privada é utilizada como alternativa ao sistema público¹⁵⁰.

CAPÍTULO 2 – SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: TRAJETÓRIA HISTÓRICO-POLÍTICA

Quando a gente conta a história, ela fica mais linear do que foi de verdade.

Sarah Escorel, 2005^c

O sistema de saúde brasileiro faz parte do que é definido, constitucionalmente, como Seguridade Social. O artigo 194 da Constituição Federal dispõe que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Competirá ao Estado organizá-la em torno dos seguintes objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento.

No Brasil, a provisão de serviços públicos de saúde ocorre por meio do Sistema Único de Saúde, que se caracteriza por ter, entre seus princípios basilares, todos os citados anteriormente para a seguridade social e mais outros que se referem a especificidades do campo da saúde – tais como a integralidade da assistência – e a formas de participação da sociedade no gerenciamento do Sistema.

Os serviços privados são ofertados no mercado por pessoas físicas e jurídicas que constituem a rede privada, com e sem fins lucrativos.

Embora aparentemente paradoxal, por adotar princípios de universalidade de atendimento custeado pelo Estado, concomitante à permissão para o funcionamento de um mercado de serviços de saúde,

^cEntrevista em 14/04/2005, disponível em <http://www.memoriasocial.pro.br>, consulta em março/2009.

trata-se de uma das combinações atualmente vigentes, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Maia e cols.¹⁷⁵ destacam que a literatura internacional relata três formas principais: complementar, substitutiva e suplementar. A forma complementar é aquela em que o seguro ou plano privado de saúde cobre serviços que não são oferecidos pelo sistema público. Na forma substitutiva, a cobertura se destina a grupos populacionais excluídos da cobertura do sistema público e, na suplementar, a cobertura privada por plano ou seguro de saúde representa uma alternativa ao sistema público.

Para entender como se chegou a esta combinação, é necessário rever a construção do sistema sob uma perspectiva histórica, pois o desenvolvimento da Saúde Pública se relaciona sempre com o conceito, objetivos e funções da mesma, conforme as teorias acadêmicas e ideologias políticas vigentes em cada período, nas diferentes sociedades.

A saúde foi reconhecida como uma questão política ainda no Brasil Império, quando as doenças estudadas pela medicina tropical passaram a ter importância não apenas sanitária, mas também econômica e financeira para a consolidação do Estado¹⁹³.

Após a abolição da escravatura, a necessidade de combater epidemias, que criavam obstáculos à vinda de imigrantes para substituir a mão de obra escrava foi determinante para a implantação das primeiras ações sistematizadas de saúde pública^{152,157,204}. Em São Paulo a ação de Emílio Ribas à frente do Serviço Sanitário Estadual, que visava consolidar a “Era Pasteuriana^d”, conseguiu implantar uma razoável capacidade de resposta aos surtos epidêmicos de modo que, no início do século XX, a cidade de São Paulo, em termos sanitários, poderia comparar-se aos grandes centros europeus⁴⁵.

^d As medidas de saneamento, que antes tinham explicação química, a partir de Pasteur passaram a ter explicação biológica. O meio externo e o ambiente onde os micróbios podiam desenvolver-se e reproduzir-se tornou-se a grande preocupação dos higienistas da época (Caponi, 2002)⁵⁸.

Entre 1903 e 1909, a gestão de Oswaldo Cruz à frente dos serviços nacionais de saúde privilegiou o saneamento urbano do Rio de Janeiro^e e o controle das epidemias de febre amarela, peste e varíola, empregando métodos policiaescos e campanhistas, que refletiam os valores políticos e acadêmicos da época^{44,171}.

As duas primeiras décadas do século XX foram marcadas pela formação de um arcabouço institucional que defendia uma política de abrangência nacional e visava promover a saúde da população por meio de práticas de higiene e interiorização das ações¹⁵⁷.

A inserção da saúde na agenda do Estado, na condição de pauta social e não econômica, se inicia a partir da década de 1920, no bojo de um projeto de construção da nacionalidade, liderado pelos sanitaristas da época. Tal projeto se baseava na negação da ideologia do determinismo climático e genético como explicação para o subdesenvolvimento¹¹¹.

Em 1923 a Lei Elói Chaves instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), organizadas pelas empresas e financiadas pelos trabalhadores, empresários e consumidores. Elas garantiam, além da aposentadoria, serviços de assistência médica e subsídios a medicamentos e serviços funerários para os trabalhadores urbanos e respectivos dependentes¹⁷¹. Embora não contassem com financiamento estatal, as CAPs representaram uma primeira modalidade de seguridade social, frente ao sistema predatório dos empregadores da época. Ressalte-se que havia clara distinção entre as ações de saúde pública e de cuidado individual, que se consolidou ainda mais no Estado Novo, instaurado na década de 1930¹¹¹.

Posteriormente as CAPs foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), entidades públicas autárquicas^f. Essa era

^eConforme Caponi (2002)⁵⁸, reformas semelhantes haviam acontecido em Paris (em 1850) e Buenos Aires (entre 1883 e 1887).

^fAutarquia: pessoa jurídica de direito público, criada por lei, com capacidade de auto-administração para o desempenho de serviço público descentralizado, mediante controle administrativo exercido nos limites da lei. (Pietro, 2009)²²¹.

a principal diferença em relação à estrutura anterior: mesmo organizadas em torno das categorias profissionais, agora havia a presença formal do Estado. Os IAPs tinham abrangência nacional e segmentavam os trabalhadores conforme a sua inserção nos diferentes setores laborais. A administração dos IAPs foi marcada por um regime de contenção de despesas para a assistência à saúde e as disparidades normativas entre eles contribuíram para o surgimento de reivindicações por um sistema unificado e menos desigual. Por outro lado, alguns grupos achavam que a unificação implicaria perda de poder dos trabalhadores e risco de centralização e concentração de poder no Estado^{171,189}.

Em 1949 se implanta uma primeira ação universalista, mas apenas no âmbito do atendimento de urgência. O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) apresentava três características inovadoras: atendimento médico domiciliar; financiamento consorciado entre todos os IAPs e acolhimento de qualquer pessoa que dele necessitasse, independente de vinculação trabalhista¹⁸⁹.

A década de 1950 foi marcada por intenso movimento de urbanização e mudança do perfil ocupacional da população urbana e rural. Houve aumento do emprego no setor industrial e intensificação do processo de mecanização agrícola. Ressurgiu a discussão da relação pobreza *versus* doença. Num primeiro momento se defendeu a ideia de que a pobreza gerava a doença e, de maneira simplista, supunha-se que, para alcançar o padrão sanitário dos países desenvolvidos, era suficiente investir os mesmos recursos e montar a mesma estrutura. Durante alguns anos se investiu nessa estratégia, até se concluir pela sua inviabilidade. Em meados daquela década a ideologia desenvolvimentista inverte a questão. O Estado passa a afirmar que o desenvolvimento econômico é que traria melhores níveis de saúde. Portanto, este teria prioridade. O resultado dessa política, além da concentração de renda, foi a piora das condições de saúde da população¹⁸⁹.

Até 1950 predominavam, como provedores privados, as organizações mutualistas e filantrópicas. A partir de 1960 – com o aumento da sofisticação tecnológica na medicina e a respectiva necessidade de capitalização para

bancar tais avanços – aparecem as primeiras empresas de medicina de grupo, que ainda eram pequenas e descapitalizadas¹¹¹. Nesse período também acontece a montagem de uma estrutura hospitalar de natureza predominantemente privada, que já apontava para a formação de empresas médicas^{73,180}.

É também na década de 60 que se desencadeia uma crise aguda no sistema de saúde nacional, determinada por três fatores principais: a) o sistema previdenciário não conseguia responder à pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços; b) a falta de financiamento impedia o setor de atender às necessidades de uma população que crescera em média 3% ao ano, entre 1950 e 1960; c) a elevação dos custos de assistência à saúde, causada pelas inovações científicas e tecnológicas, que resultara em demanda por maior utilização de medicamentos e de equipamentos^{73,180}.

As iniciativas corporativistas cresceram e se consolidaram até 1964, quando o Golpe Militar afastou os trabalhadores da arena política e rompeu com o padrão corporativo de prestação de serviços de saúde. No decorrer dos anos, os antigos beneficiários dos IAPs, além de perderem o controle político e administrativo sobre seu sistema de seguridade, também passaram a competir com uma base maior de usuários e, progressivamente, começaram a migrar para o setor privado, que se apresentava como uma alternativa viável e acessível^{171,189,193}.

Durante esse período aconteceram ações organizadas pela sociedade em torno do tema saúde, que aos poucos deixara de ser tema de interesse exclusivo de políticos, acadêmicos e empresários. Um pouco antes da deposição do presidente João Goulart, pelo referido golpe, acontecera a III Conferência Nacional de Saúde – após um período de treze anos sem conferências, desde a instituição das mesmas, em 1937 – onde se discutiu descentralização, municipalização e divisão de responsabilidades entre as três esferas de governo¹⁷¹.

As medidas para enfrentamento da crise no setor saúde só foram iniciadas após 1964. Em 1967 os Institutos de Aposentadorias e Pensões se

fundiram, originando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável pelo pagamento de benefícios previdenciários e pela assistência médica¹⁸⁰.

O quadro institucional estabelecido após o golpe militar rompeu aos poucos com a estrutura corporativo-populista das décadas anteriores, caracterizando-se por oscilações entre conquistas e retrocessos, no desenvolvimento da proteção social e da atenção à saúde. A pequena participação da União no financiamento da saúde era cada vez mais evidente e determinante para o fracasso do sistema de saúde pública. O orçamento da Saúde não era prioridade para os governos militares e a medicina previdenciária foi financiada principalmente pela contribuição dos empregados. A participação da contribuição de empregados e empregadores para a previdência era claramente majoritária. Em 1967 essa fonte significou 85,5%. Nos anos seguintes o percentual variou até atingir 91,1% em 1974, voltando a 85,8% em 1976¹⁸⁰.

Esse modelo misto de previdência social e assistência à saúde era caracterizado por aumento de gastos (sem a contrapartida de atendimento às demandas), limitação da assistência ao trabalhador formal urbano e corrupção. Havia um círculo vicioso no qual o governo pagava preços baixos e atrasava os repasses. Os prestadores, por sua vez, fraudavam o sistema de diversas formas, tais como a falsificação de guias de internação ou realização de cirurgias desnecessárias^{44,171}.

Apesar da conjuntura política marcada pela repressão militar, o discurso de universalização da saúde avançava. Em 1968 o Ministério da Saúde propôs o Plano Nacional de Saúde (PNS), que continha propostas polêmicas tais como a universalização do acesso e a integração da assistência no Ministério da Saúde e, caso fosse aprovado, retiraria poder (e orçamento) do setor previdenciário. Além disso, propunha a privatização da rede pública e a adoção do preceito de livre escolha, com remuneração de prestadores em função da quantidade e complexidade dos procedimentos. Tais propostas foram repudiadas tanto pelas representações profissionais da

saúde quanto por sindicatos de outras categorias, além, é claro, da área previdenciária. Em face de tais reações o governo cancelou o Plano⁷³.

Após o fracasso do PNS, foi lançado o Plano de Pronto Ação (PPA), um conjunto de normas cuja finalidade maior era proporcionar condições para que a universalização da previdência fosse gradualmente atingida. A primeira inovação do PPA foi retomar a ideia do extinto SAMDU, determinando o acesso universal nos casos de emergência. Tal iniciativa, entretanto, só ocorreu após repetidas denúncias de omissão de socorro que acabavam de forma trágica, num contexto onde a previdência contava com relativa folga de caixa¹⁸⁹.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que incorporou o INPS, na tentativa de livrar o instituto das imposições do setor do Trabalho e garantir a saúde dos segurados. Para controlar a desorganização que facilitava os atos de corrupção, foi criada a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e, para combater as críticas que atingiam o próprio regime, já haviam sido tomadas medidas tais como a instalação, em 1971, do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), que estendia os direitos previdenciários aos trabalhadores do campo⁴⁴.

Em 1975 instituiu-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS). A prestação de serviços seguiria alguns princípios que hoje regem o atual SUS: universalização; regionalização dos serviços e integração entre serviços preventivos e de assistência¹⁸⁹.

Entretanto, a integração do nível federal só aconteceu com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que absorveu todos os órgãos de assistência que estavam vinculados ao Ministério da Previdência e Assistência Social⁷³. No que diz respeito à universalização, ela só passou a ser considerada uma diretriz das políticas públicas de saúde após a Constituição de 1988, cuja elaboração foi fortemente influenciada pelo ideário do que se tornaria conhecido como o Movimento pela Reforma Sanitária.

O termo “Reforma Sanitária” geralmente é associado à influência das reformas sanitárias ocorridas em países europeus governados pela chamada “social-democracia”, principalmente a Itália, na década de 1980. Entretanto, a história recente mostra que Reforma Sanitária, no Brasil, significou mais que a influência dos modelos estrangeiros na estruturação do atual sistema de saúde.

Inicialmente, não havia uma denominação específica para o movimento pela reforma sanitária, que era representado por um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde. Em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Brasília, o grupo pró-reforma foi chamado, em tom pejorativo, de “partido sanitário”. Em 1986, Sarah Escorel utilizou o termo “Movimento Sanitário” em sua dissertação de mestrado, cujo título é “Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário”¹⁹⁷.

Para os autores que reconhecem o Movimento Sanitário como uma instituição, no mínimo de natureza histórica, suas origens remontam à reforma universitária de 1968, que incorporou a medicina preventiva ao currículo das faculdades e tornou obrigatória a existência dos Departamentos de Medicina Preventiva^{73,87}.

De acordo com relatos compilados em publicação organizada por Faleiros e colaboradores, 2006, a partir das mortes do jornalista Vladimir Herzog, em 1975 e do operário Manoel Fiel Filho em 1976, que sacudiram a nação, os movimentos pelas reformas democráticas começaram a crescer (...) “talvez como um emblema de que não se podia continuar com uma ditadura tão truculenta Faleiros e cols., 2006, p. 56)⁹⁵.

A estratégia de distensão política adotada pelo General Geisel, ditador durante o período 1974–1979, possibilitou que o Movimento Sanitário apresentasse propostas de melhoria e democratização da atenção à saúde. Além disso, a prática médica unicamente curativa, exercida em detrimento das ações de interesse coletivo, criava uma situação incontrolável do ponto de vista econômico-financeiro: os prestadores de serviços da área privada praticavam largamente o superfaturamento, multiplicando e desdobrando

procedimentos, além de utilizar equipamentos antigos e não investir na qualificação dos recursos humanos⁷³.

A partir de 1983 o Movimento Sanitário conseguiu efetivar uma das suas estratégias, que era a “ocupação dos espaços institucionais”. Para influir nas políticas públicas de saúde, muitas lideranças passam a ocupar postos no governo federal, ampliando uma tendência que já ocorria e que, de certa forma, institucionalizou o Movimento. De acordo com Escorel ⁸⁷, esse processo revelou-se uma “faca de dois gumes”: de um lado, uma estratégia eficiente para implementar as ideias do Movimento Sanitário; de outro, este passou a sofrer as limitações das alianças que a institucionalização política impõe.

Em março de 1986 ocorreu a Oitava Conferência Nacional de Saúde, com a participação de delegados escolhidos nos municípios. Vale ressaltar que até a Sétima, os delegados eram escolhidos pelo ministro da saúde ou “Autoridades da República”. As propostas eram feitas apenas por “pessoas de notório saber” sem interferência da população⁹⁵.

De acordo com Faleiros e cols.⁹⁵, entre a realização da VIII Conferência e a institucionalização de suas deliberações, transcorreu outra etapa do movimento, marcada por três fatores: criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (no âmbito do governo); constituição da Plenária Nacional de Saúde (âmbito da sociedade) e, do ponto de vista histórico e político, a instalação da Assembléia Nacional Constituinte.

Resumindo esta etapa, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária elaborou o relatório final, entregue à Comissão de Seguridade Social da Assembléia Nacional Constituinte e, apesar dos embates em torno das propostas consideradas estatizantes, as articulações políticas permitiram a aprovação do que hoje está na Constituição Federal, no Capítulo da Saúde⁹⁵.

Segundo o constituinte que entregou o Relatório, um dos fatores que contribuiu para a vitória da proposta foi o fato de o SUS ser uma “*proposta muito inteligente e não excludente*” (...) *que comoveu os parlamentares, até porque isso foi muito bem trabalhado*” (p. 88). Ou, como concluem Faleiros e

cols.⁹⁵, ”o fato de não ser radical, permitir a participação de outros setores e abrir a porta para a população brasileira (p.88)”.

2.1 – Sistema Único de Saúde

*Se o penhor, dessa igualdade,
Conseguimos conquistar com o braço forte,
Em teu seio, ó liberdade,
Desafia o nosso peito a própria morte*
Osório Duque Estrada

A partir de 1988, após quase quinhentos anos de história – cuja maior parte foi vivida sob regimes ditatoriais e ou oligárquicos e onde em 300 deles se promoveu e tolerou o tráfico e a escravidão de pessoas – os brasileiros conquistaram a garantia constitucional de atendimento integral de suas necessidades de saúde.

A proposta elaborada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária foi aprovada com poucas modificações. De acordo com o depoimento de um Constituinte, transcrito por Faleiros e cols.⁹⁵ (...) *Nós cedemos algumas coisas mas o importante é que no âmago da questão nós não cedemos em nada: a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social. O controle social foi o mais difícil para se bancar* (p. 88).

Os artigos 196 a 198 da Constituição Federal resumem o citado “âmago da questão”. Tais dispositivos constitucionais incorporam a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196); a regulação de ações e serviços de saúde de qualquer natureza (art. 197) e a vigência de um sistema único regionalizado e hierarquizado. O sistema se pauta pela descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e pela participação da comunidade (art. 198). O financiamento é de responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo (art. 198).

O artigo 199 “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada” reflete a impossibilidade de rompimento com o modelo público–privado que se

constituiu junto com o próprio reconhecimento do Brasil como nação, bem como o resultado da negociação política feita naquele contexto histórico.

De acordo com Gerschman e Santos¹¹¹, a arena de negociação das políticas de saúde, nas décadas de 1970 e 1980, continha dois atores principais: o provedor empresarial privado com e sem fins de lucro e o pagador estatal, representado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Para viabilizar a universalização conquistada no texto Constitucional de 1988, o Estado optou pela provisão privada sem uma prévia regulação da atuação das empresas, criando uma segunda linha de dependência de trajetória para as políticas de saúde. A base de provisão privada se consolidou rapidamente e passou a influenciar os direcionamentos futuros das políticas e do mercado de saúde.

A Constituição de 1988, formulada num contexto histórico e econômico diferente do atual, foi promulgada num clima de euforia decorrente do sentimento de “reconquista da democracia”, que levava à crença de que um sistema de saúde universal, integral e gratuito pudesse ser financiado pelas fontes tradicionais (folhas de salário e aportes do Tesouro) e pelas novas contribuições criadas (impostos sobre faturamento, loterias e lucros de empresas). Os eventos que se seguiram – inflação e baixo crescimento econômico, fortalecimento das ideias neoliberais e ajuste estrutural com ênfase em medidas de estabilização monetária – comprometeram o financiamento do setor. Tal comprometimento passou a ser a questão principal da nova política^{7,73,100,111,120,156}.

A implantação do SUS representou uma conquista social originária de uma luta de longo prazo^{7,100,111}. Entretanto, conforme afirma Feuerwerker¹⁰⁰, o SUS real, apesar de todos os avanços, está muito distante da proposta defendida pela Reforma Sanitária. E mais, suas fragilidades põem em risco sua legitimidade política e social, “*especialmente considerando a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito, em relação às concepções de saúde e às maneiras de construí-la*” (Feuerwerker, 2005, p. 491)¹⁰⁰.

Os artigos 197, 198 e 199 da Constituição Federal institucionalizaram o caráter híbrido do atual sistema de saúde brasileiro.

2.2 – Saúde suplementar

A partir da perspectiva do usuário, há duas formas de pagamento da assistência médico-hospitalar de natureza privada: o desembolso direto (*out of pocket*) e a rede de provedores privados organizada por meio de operadoras de planos e seguros de saúde¹⁵⁰. Uma terceira forma, que considera o sistema de saúde no todo, diz respeito ao financiamento da rede privada pelo próprio Estado, que compra serviços e insumos para disponibilizá-los à população por meio do SUS.

Nos países da *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) os sistemas de saúde se caracterizam pela presença de financiamento público e privado, porém, a maioria possui sistemas financiados majoritariamente pelo setor público. A participação do setor privado é bastante heterogênea. Em alguns países ela se dá somente por desembolso direto dos consumidores e, em outros, existe a organização de um sistema de seguro de saúde privado. Nos Estados Unidos, o sistema privado de planos de saúde cobre cerca de 65% da população, sendo responsável por 37% do gasto total com saúde. Na França e no Canadá, os planos privados representam entre 10% e 15% do gasto total, porém garantem cobertura populacional apenas em caráter suplementar ou complementar ao sistema público universal²⁹³.

No Brasil, o embrião do sistema suplementar apareceu em São Paulo, em 1956, quando uma grande empresa desativou seu serviço de saúde e contratou um grupo de médicos, inclusive os que desempregara, para prestarem assistência aos seus funcionários mediante um pré-pagamento fixo⁷.

No início da década de 1960, na região do ABC Paulista, onde se concentrava o crescimento industrial acelerado pela implantação da indústria

automobilística, grupos de médicos se organizaram, criando uma estrutura de atendimento com custos fixos e previsíveis para preencher o vazio deixado pelo Estado, que já demonstrava sua dificuldade para acompanhar o novo momento de crescente urbanização e aumento da demanda. Além disso, os altos custos da medicina, desencadeados pelos avanços tecnológicos, tornavam inviável o atendimento particular que até então era comum entre os que podiam pagar. Surgia a medicina de grupo, com serviços e hospitais próprios e uma estrutura de atendimento que incluía médicos contratados e conveniados. Essa modalidade de prestação de serviços rapidamente se consolidou e se expandiu, proporcionalmente à deterioração da prestação de serviços pelo Estado, que se ressentia da falta de financiamento e de problemas de gestão, que só se agravaram durante o período de ditadura militar⁷.

De modo geral a literatura registra que o Estado brasileiro foi omissivo durante muito tempo, no que diz respeito à regulação do setor^{5,172,218,260}. De acordo com Almeida, Castro e Lisboa⁷: *“a questão da regulação da assistência médica suplementar entra para a agenda governamental no final dos anos 80, circulando lentamente pelas arenas técnicas e políticas, num processo deliberado de não decisão (...)”* (p. 38).

Nesta pesquisa assume-se que o setor suplementar foi formalmente institucionalizado a partir de seu reconhecimento pelo texto constitucional de 1988.

O interesse pela investigação do mercado de planos e seguros de saúde era muito restrito, até os anos 1990, situação que se reverteu a partir da primeira década do século 21, quando a pesquisa sobre esta temática passou, inclusive, a integrar os editais de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)²⁵. O levantamento bibliográfico realizado para o presente trabalho, com o objetivo de localizar pesquisas acerca da participação da população idosa neste mercado, corrobora essas afirmações.

O Quadro 1 apresenta um rol de artigos publicados entre 2000 e 2010. A classificação por tema principal é arbitrária e não foram incluídas teses e dissertações.

Foram pesquisados trabalhos identificados por meio da expressão “planos de saúde”. O critério para delimitar o tema foi estruturado pelo questionamento acerca “de quem ou de que o estudo está falando”, de modo a verificar aqueles que abrangeram a participação da população idosa no contexto do chamado *mix público privado* na provisão de cuidados à saúde no Brasil.

A partir dessa consideração arbitrária foram classificados como “*Regulação*” os artigos que tratavam tanto das relações mercado *versus* estado quanto os que destacavam as questões atinentes ao financiamento e aos custos com saúde, oferta e demanda de serviços. Ficaram na categoria “*Usuários*” as publicações que, de alguma forma, mostravam a situação dos usuários (opiniões, satisfação, acesso a serviços, condições de saúde) frente ao mercado de saúde suplementar. Os estudos que abordaram usuários com idades de 60 anos e mais foram para a categoria “*Usuários idosos*”. A classificação “*Operadoras*” engloba estudos que tratam de questões específicas das empresas e na categoria “*Outros*” ficaram estudos que enfatizam questões demográficas e judiciais, modelos de cuidado, diretrizes clínicas e formação de profissionais no contexto da saúde suplementar.

Quadro 1 – Rol de estudos que contêm a expressão planos de saúde, publicados a partir de 2000, segundo tema principal e ano de publicação

Tema principal (*)	Autor	Total
Regulação	2000: Ribeiro, Costa e Silva ²⁴³ 2001: Bahia ²⁴ 2003: Farias e Melamed ⁹⁷ 2004: Malta e cols. ¹⁷⁷ – Santos e Gerschman ²⁵⁵ 2006: Andreazzi, Andreazzi e Carvalho ¹⁹ – Bahia e Luiz ²⁸ – Silva ²⁶⁴ 2007: Carvalho ⁶¹ – Carvalho e Cecílio ⁶² – Ibanhes e cols. ¹²¹ – Leal e Matos ¹⁵⁰ – Ocké Reis ²⁰⁶ – Sato ²⁵⁸ 2008: Albuquerque et cols. ⁴ – Bahia ²⁵ – Costa ⁷⁵ – Pietrobon e cols. ²²² – Santos, Malta e Merhy ²⁵² – Santos, Ugá e Porto ²⁵³ 2009: Leal e Matos ¹⁵¹	21
Usuários	2001: Farias ⁹⁶ 2002: Bahia e cols. ²⁶ 2004: Pinto e Soranz ²²⁸ 2005: Milan e Trez ¹⁹⁰ 2007: Bos ⁴⁴ – Gerschman e cols. ¹¹² ; Kanamura e Viana ¹⁴¹ 2008: Conill e cols. ⁷⁴ – Dias e cols. ⁸² 2010: Pires e cols. ²²⁹	10
Usuários idosos	2002: Lima-Costa e cols. ¹⁶⁰ 2004: Bos e Bos ⁴⁷ 2007: Veras e Parahyba ²⁸² 2008: Veras e cols. ²⁸³ 2009: Estrella e cols. ⁹¹	5
Operadoras	2005: Araújo, Oliveira e Bracco ²⁰ 2007: Escrivão Junior e Koyama ⁸⁹ 2008: Malta e Jorge ¹⁷⁸ – Portela e cols. ²³³ – Ugá e cols. ²⁷⁸ 2009: Ugá e cols. ²⁷⁹	6
Outros	2004: Bahia e cols. ²⁷ – Portela e cols. ²³² 2006: Bahia e cols. ²⁸ – Ribeiro e cols. ²⁴⁴ 2007: Bahia e cols. ³⁰ 2008: Ceccim e cols. ⁶⁸ – Escosteguy e cols. ⁸⁸ – Franco e Merhy ¹⁰⁵ – Gerschman ¹¹⁰ – Portela e cols. ²³⁴ – Pietrobon e cols. ²²³ – Silva Junior e cols. ²⁶⁵ 2009: Alves, Bahia e Barroso ¹⁰ – Andrade e Maia ¹⁷ – Martins et cols. ¹⁸⁴ – Reis e Puschel ²⁴¹ 2010: Portela e cols. ²³⁵	17
TOTAL		59

(*) Não inclui teses e dissertações.

Percebe-se, na literatura encontrada, a predominância de temas ligados à regulação e ao mercado, havendo poucos trabalhos que abordem diretamente os beneficiários, de qualquer faixa etária. O maior número de publicações se concentra nos anos 2006, 2007 e 2008.

A baixa relevância do tema planos de saúde, na agenda de pesquisa, também é ressaltada por Bahia, 2008. Segundo aquela pesquisadora, até os anos 1990, o interesse pela investigação do mercado de planos e seguros de saúde era restrito e concentrado na área de saúde coletiva. Atualmente, o

tema é objeto de pesquisa em ciência política, história, ciências atuariais, direito e economia, entre outros. Num levantamento, também assistemático e arbitrário, ela ressalta a evolução do número de teses e dissertações sobre o tema, a partir do ano 2000. Além disso, destaca:

Em relação à pesquisa, pode-se dizer que o “estado da arte” sinaliza a necessidade de uma grande abertura a perspectivas e abordagens diversificadas. A pluralidade teórico-conceitual e metodológica é bem-vinda. Como abordar objetos ainda pouco investigados? A relação de temas inexplorados é longa. Inclui desde fenômenos “à margem”, como aqueles sugeridos pela informação de que 11% dos idosos pagam médicos ou hospitais particulares, embora 24% possuam “convênio médico e 68% utilizem serviços públicos[referência à pesquisa da Fundação Perseu Abramo] até o uso de expressões tais como “vinculação ao plano do participante executivo ou operário” (...) (BAHIA, 2008, p. 139)²⁵.

Embora a emergência do tema tenha se dado somente após o ano 2000, houve grande incremento na base de usuários a partir do final da década de 1980. Uma das teses para explicá-lo é a que associa a expansão do setor à queda da qualidade dos serviços públicos de saúde^{98,187}.

Outra linha de análise relaciona esse crescimento a fatores tais como a consolidação do capital financeiro no Brasil, na década de 1960, que teria criado as bases para sua inserção no mercado de proteção social; a heterogeneidade estrutural própria dos modelos de atenção à saúde adotados para os trabalhadores desde a década de 1930 e a emergência e expansão da classe média nos anos 1970 que, ao perder poder aquisitivo na década seguinte, foi compelida a lançar mão dos planos de saúde, diante dos altos preços da assistência médica¹⁸.

No processo de sucessivas reformas da assistência médica, nas últimas três décadas do século XX, o Estado primeiro desencadeou e estimulou as parcerias com o setor privado e depois abdicou de sua função reguladora, principalmente pela *não decisão*, permitindo que as relações implícitas entre o público e o privado vigorassem praticamente sem intervenção até 1998. Antes da regulação implantada pela lei 9656/1998, os três principais segmentos do sistema de serviços de saúde – público,

privado contratado e privado puro – constituíam uma rede desarticulada e não hierarquizada, que atendia, de forma diferenciada, a distintos grupos populacionais⁵.

Entre 2000 e 2007 o número de beneficiários de planos e seguros manteve a tendência de crescimento de 1,6% ao ano e, atualmente, a taxa de cobertura da população residente⁹ é de 20,3%, num total aproximado de 45 milhões de beneficiários^h vinculados aos diversos tipos de plano, inclusive odontológicos. Há uma maior concentração de cobertura nas regiões Sul e Sudeste, bem como nas capitais, provavelmente em função do dinamismo da economia e maior oferta de empregos formais nessas regiões¹.

Embora haja uma participação proporcional dos grupos etários na composição do conjunto de beneficiários de planos e seguros-saúde, há uma tendência de crescimento da cobertura por plano privado que ofereça assistência médica e hospitalar nas faixas etárias a partir de 20 anos. No ano 2000, os beneficiários idosos representavam 21,9% e, em 2006, 25,6%. Neste mesmo período, a cobertura por planos privados de assistência médica na população de 0 a 59 anos passou de 18,2% para 19,2%¹.

Os idosos têm maior cobertura por plano – em relação ao total da população de beneficiários – em todas as Unidades da Federação, com exceção do Rio Grande do Sul. Os estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo têm coberturas superiores à média do país. O Distrito Federal também faz parte desse grupo e, naquela região, há grande discrepância por grupo etário: os idosos têm cobertura duas vezes maior que os não idosos¹.

⁹ A Taxa de Cobertura é a razão expressa, em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população de uma determinada área. A população residente é aquela estimada pelo IBGE para o ano em questão¹.

^hBeneficiário- refere-se ao vínculo a planos de saúde, podendo existir mais de um vínculo por pessoa, portanto, o número de beneficiários é superior ao número de pessoas que contam com planos de saúde¹.

Dados da ANSⁱ revelam que o município de São Paulo detém a maior concentração de contratos de planos privados na população geral. Eram 15.561.774 em 2000 e 18.751.556 em 2006. A frequência para titulares de 60 anos e mais, apresentada na Tabela 1, representa 9,0% em ambos os períodos.

Importante salientar que os dados da base da ANS referem-se a contratos para todos os tipos de plano, inclusive odontológicos. Assim, um mesmo indivíduo pode ter mais de um contrato e mais de uma categoria de plano. É por esta razão que o total de contratos supera, inclusive, o total da população residente no município, registrada pelos dados do DATASUS (Capítulo 3, item 3.2).

Tabela 1 – Frequência de contratos de pessoas com 60 anos e mais. Estado de São Paulo, 2000 e 2006.

Faixa etária	Ano	
	2000	2006
60-64	446.427	514.299
65-69	352.633	395.554
70-74	279.794	312.085
75-79	168.677	237.693
80 e +	169.305	243.238
Total	1.416.836	1.702.869

Fonte: Sistema de informação da ANS, disponível em www.ans.gov.br consulta em jan/2011

Quando se analisam os dez municípios com as maiores frequências de contratação de planos para pessoas de 60 anos e mais, confirma-se a concentração que há na Capital, que tem 68,16% dos contratos de planos para pessoas de 60 anos e mais em 2000 e 66,43%, em 2006. Ressalte-se a presença, neste grupo, dos municípios que tiveram representatividade no processo de industrialização do estado, ocorrido no século XX (Tabelas 2 e 3).

ⁱ Consulta ao Sistema de Informações em Saúde Suplementar em 07.01.2011, listando todos os municípios do Brasil por número de beneficiários.

Tabela 2 – Distribuição dos titulares com 60 anos e mais nos municípios com maior concentração de planos privados. Estado de São Paulo, ano 2000.

Município	F	%
São Paulo	613.574	68,16
Campinas	61.153	6,79
Santos	47.596	5,29
Santo André	39.648	4,40
São Bernardo do Campo	35.026	3,89
Sorocaba	25.114	2,79
Ribeirão Preto	24.399	2,71
São José dos Campos	19.480	2,16
Jundiaí	17.318	1,92
São Caetano do Sul	16.860	1,87
Total	900.168	100,00

Fonte: Sistema de informação da ANS, disponível em www.ans.gov.br consulta em jan/2011

Tabela 3 – Distribuição dos titulares com 60 anos e mais nos municípios com maior concentração de planos privados. Estado de São Paulo, ano 2006

Município	F	%
São Paulo	663.408	66,43
Campinas	73.413	7,35
Santos	61.827	6,19
Santo André	51.716	5,18
São Bernardo do Campo	35.235	3,53
Ribeirão Preto	31.113	3,12
Guarulhos	26.378	2,64
Osasco	22.090	2,21
São José dos Campos	21.524	2,16
Barueri	11.995	1,20
Total	998.699	100,00

Fonte: Sistema de informação da ANS, disponível em www.ans.gov.br consulta em jan/2011

De acordo com Pinto²²⁷ a análise do acesso e da cobertura na saúde suplementar deve levar em conta três fatores que, juntos, determinam o perfil do setor: operadoras, prestadores de serviço e beneficiários. No caso do município de São Paulo, todos os fatores listados levam à concentração de cobertura, seja pelo número de contratos, de operadoras ou de prestadores de serviços.

A tabela 4 mostra a distribuição de sedes de operadoras nas unidades da federação. Quatro estados – SP, MG, RJ, RS – concentram 66,3% das sedes de operadoras e a maior proporção (34,8%) se localiza no estado de São Paulo sendo, em sua maioria, na Capital.

Tabela 4 – Distribuição das sedes de operadoras de planos privados segundo unidades da federação. Brasil, 2010.

UF	Operadoras	%
SP	566	34,8
MG	203	12,5
RJ	189	11,6
RS	121	7,4
Soma das demais UF	548	33,7
Total	1.627	100,0

Fonte: Sistema de Informações da ANS, disponível em WWW.ans.gov.br, consulta em 07.01.2011.

O Quadro 2 relaciona as cinco unidades da federação com os maiores percentuais de estabelecimentos de saúde, conforme os registros do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

Quadro 2 – Unidades da federação com os maiores percentuais de estabelecimentos de saúde. Brasil, 2011.

UF	Estabelecimentos Cadastrados no CNES (%)
SP	24,0
MG	12,5
RS	7,6
RJ	6,1
PR	8,1

Fonte: CNES. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>
Consulta em 07.01.2011.

O estado de São Paulo detém praticamente $\frac{1}{4}$ de todos os estabelecimentos de saúde do Brasil (Quadro 2). Quando se analisa a natureza jurídica daqueles que estão localizados no município de São Paulo, percebe-se uma rede majoritariamente privada (Tabela 5).

Tabela 5 – Estabelecimentos de saúde localizados no município de São Paulo, segundo natureza jurídica. Ano 2010.

Natureza jurídica	Frequência	%
Privado com fins lucrativos (*)	11.354	91,00
Privado sem fins lucrativos (**)	157	1,00
Público federal	5	0,00
Público estadual	149	1,00
Público municipal	852	7,00
Total	12.517	100,00

(*)Inclui pessoas físicas e jurídicas com fins lucrativos e prestadores privados optantes pela tributação denominada “simples”.

(**)Inclui privado sem fins lucrativos, sindicatos e filantrópicos.

FONTE: CNES, disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>, consulta em 07.01.2011.

Vale ressaltar que a natureza privada do estabelecimento não determina seu uso exclusivo por titulares de planos de saúde ou via desembolso direto, uma vez que o poder público compra serviços dos provedores privados para suprir as demandas do SUS.

De acordo com Vianna e Machado²⁸⁷ o SUS incorpora dois modelos assistenciais produtivos. O primeiro, o de saúde pública, cuja origem

remonta à Primeira República, lida com as questões de saúde coletiva, compondo-se de uma rede descentralizada de serviços ambulatoriais municipais e estaduais, com o apoio de institutos de pesquisa, laboratórios públicos produtores de soros, vacinas e medicamentos. O segundo, desenvolvido após a emergência do sistema previdenciário, em 1930, é composto por uma rede hospitalar predominantemente privada que presta serviços tanto para o SUS quanto para as operadoras de planos e seguros. Segundo essas autoras:

“Ambos os modelos convivem no SUS e sua integração é dificultada por uma série de motivos, entre outros, pela natureza distinta dos equipamentos/serviços presentes em um e outro, pela adoção de diferentes modalidades de prestação, acesso e financiamento e pela presença de diferentes atores na base política de sustentação desses arranjos” (Viana e Machado, 2008, p. 675)²⁸⁷.

Os números do CNES, acerca da natureza jurídica dos provedores de serviços de saúde do maior município do país suscitam um questionamento importante, que deve nortear futuras pesquisas: quem, efetivamente, financia a parte privada do sistema de saúde?

Os dados históricos ou quantitativos expostos até agora apontam que o principal financiador do sistema de saúde como um todo é o Estado. Usar, a favor da sociedade, o poder que tal condição lhe confere, na arena de negociações onde atuam os diversos grupos de interesse – técnicos, políticos partidários, representantes da sociedade civil e de investidores nacionais e internacionais, entre outros – é a atitude que deve nortear a pressão da sociedade na direção da famosa “vontade política”ⁱ.

Diante de uma população idosa em crescimento e concomitante expansão do mercado de planos e seguros privados, num país cujo sistema de saúde é público e universal, é cabível questionar se há diferenças nas

ⁱ O conceito *vontade política*, como uma intenção do grupo político no poder, em um determinado Estado, não é novo. De acordo com Eidt (2004), em 1844 Karl Max debatia com Arnold Ruge, acerca da rebelião dos tecelões da Silésia contra as miseráveis condições de trabalho. Ainda segundo Eidt, no texto *Glosas críticas marginais ao artigo: O rei da Prússia e a reforma social*[1], Marx examina as possibilidades e limites da vontade política para remediar as mazelas sociais.

condições de saúde de possuidores e não possuidores de planos de saúde. Tal diferenciação, se houver, terá de ser quantificada e qualificada por meio de estudos epidemiológicos.

CAPÍTULO 3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA PARA A SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS ANALISADAS

*Gozai a vossa bela saúde. Só é jovem quem passa bem.
Voltaire*

Este capítulo apresenta uma revisão de trabalhos que fundamentaram a escolha das variáveis analisadas.

A criação de indicadores de saúde está associada à necessidade de se analisarem as condições de vida das populações, ou seja, à própria inserção do tema saúde como questão coletiva. A institucionalização internacional dos indicadores de saúde se deu a partir da segunda metade do século XX, quando a OMS propôs os doze componentes que serviriam como base para medir o nível de vida: saúde (incluindo condições demográficas); alimentos e nutrição; educação; condições de trabalho; situação em matéria de emprego; consumo e economia; transporte; moradia; vestuário; recreação; segurança social e liberdade humana¹⁴⁸.

A longevidade pode ser vista como um problema se os anos vividos a mais forem marcados pelo sofrimento e pela doença. Portanto, avaliar a qualidade de vida dos idosos assume importância fundamental no contexto das transições demográfica e epidemiológica, exigindo instrumentos mais abrangentes e complexos que os indicadores de mortalidade²¹⁵.

A evolução da pesquisa acerca da relação entre saúde e condições de vida teve diversas repercussões políticas. Uma delas foi a criação, em 2005, pela OMS, da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health-CSDH), com o objetivo de promover a conscientização acerca da importância destes, na situação de saúde de indivíduos e populações e no combate às iniquidades. Essa comissão refletiu o amadurecimento do trabalho iniciado com o estabelecimento dos doze componentes “clássicos” e institucionalizou a relação indissociável entre características sócio-econômico-demográficas, saúde e qualidade de vida.

Diversos autores relatam a associação entre condições de saúde da população idosa e fatores ambientais, demográficos e socioeconômicos^{119,154,162,168}. Além das informações obtidas pela análise de tais fatores, há outros, específicos para as condições de saúde.

A coorte abrangida neste estudo será analisada a partir de variáveis selecionadas para caracterizar a amostra do ponto de vista social, demográfico e epidemiológico.

3.1 – Interface público / privado: variável dependente

O processo histórico descrito anteriormente culminou na constituição de um sistema de saúde que implica, em qualquer nível de análise, a consideração da dimensão da provisão de serviços por organizações de natureza pública e privada.

Bahia²⁵ afirma que as expressões “SUS dependente” e “SUS não dependente” são as mais frequentes na literatura acadêmica e técnica. Segundo aquela autora, a aplicação pretensamente pragmática desses termos demonstra a naturalização das desigualdades no acesso à atenção à saúde.

Pinheiro e cols.²²⁵, analisando o perfil de morbidade referida e acesso a serviços, com base em dados da PNAD 1998, encontraram que as diferenças nas proporções de atendimento por meio de planos privados, entre as regiões brasileiras, é proporcional à diferença na cobertura por esses planos, sugerindo que aqueles que os têm, fazem uso prioritário dessa modalidade de atendimento, independente de viverem em área urbana ou rural.

A variável dependente deste estudo se fundamenta na consideração das particularidades de uma política pública que, simultaneamente, vincula todos os cidadãos ao Sistema Único de Saúde – universal – e historicamente estimula a provisão privada e restrita de serviços.

Diante da impossibilidade metodológica de estratificação em “usuário público” e “usuário privado”, optou-se pelo estabelecimento de uma variável

independente dicotômica, baseada no pressuposto de que o entrevistado que afirmou ter plano privado de saúde utilizará, prioritariamente, serviços providos por pessoas jurídicas de natureza privada. Por outro lado, o entrevistado que afirma não ter plano privado de saúde utilizará, prioritariamente, serviços providos por pessoas jurídicas de natureza pública.

3.2 – Variáveis de natureza sociodemográfica e de condição de saúde

A amostra analisada neste estudo provêm de uma população que já completou todos os estágios da transição demográfica.

De acordo com dados do DATASUS, havia 9,3 % de pessoas com 60 anos e mais, tanto em 2000 quanto em 2006 (Quadro 3), no município de São Paulo.

Quadro 3 – População residente no município de São Paulo. Anos 2000 e 2006.

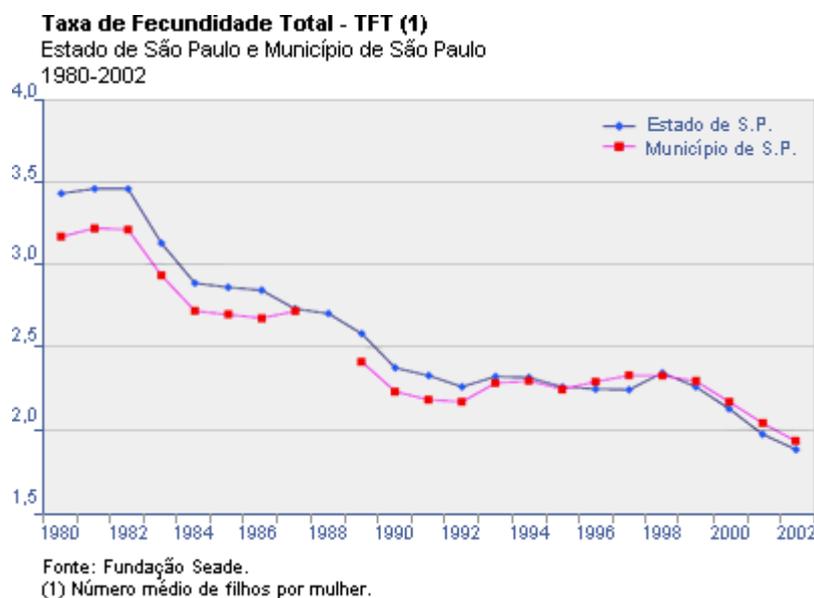
	Todas as faixas	60 e mais	% 60 e mais
2000	10.434.252	972.199	9,3
2006	11.016.708	1.026.470	9,3

Fonte: DATASUS

Disponível em www.datasus.gov.br, consulta em janeiro de 2011.

Dados da Fundação Seade¹⁶⁷ apresentados na figura 1 mostram a involução da taxa de fecundidade no período 1980–2002 para o estado e para o município, que apresentam comportamento semelhante. A cidade de São Paulo passa pela fase IV da transição demográfica, com queda importante das taxas de natalidade e fecundidade, crescimento populacional reduzido (0,88% entre 1991 e 2000) e entrada de migrantes estrangeiros, especialmente bolivianos e africanos¹⁶⁷.

Figura 1 – Taxa de fecundidade total, estado e município de São Paulo, 1980-2000



Retirado de Lotufo (2010)¹⁶⁷

Nesta pesquisa foram analisadas variáveis sociodemográficas consideradas importantes para o estudo da população idosa e sua atuação como consumidora de serviços de saúde: idade, sexo, estado marital, escolaridade, renda, autoavaliação da capacidade de prover as próprias despesas diárias, situação econômica da família de origem e relato de fome nos primeiros quinze anos de idade.

A idade é um balizador importante para os estudos epidemiológicos e a dimensão tempo é intrínseca aos estudos de coorte.

No Brasil, há notável variação da estrutura etária, quando se observa o período 1980/2006. A faixa 60–64 anos abrange a maior proporção de indivíduos, representando cerca de 30% da população idosa²⁰². Estudos tais como o de Neri e Soares, 2007²⁰⁰ revelam que a saúde autorreferida e o modo de utilização de serviços podem variar para coortes de mesma idade, avaliadas em períodos diferentes.

Tendo em vista a ausência de estudos conclusivos acerca da influência do estado marital^{155,166}, é importante explorar essa variável,

sempre que possível, em qualquer estudo epidemiológico com a população idosa.

A escolaridade e a renda são variáveis frequentemente associadas, seja na literatura específica de saúde pública, nos estudos econômicos ou na área das ciências sociais. Além destas, também se analisou a autoavaliação da capacidade econômica de prover as próprias despesas e o histórico de privação nutricional na infância. A seleção dessas variáveis fundamenta-se na literatura que trata da desigualdade econômica entre a população brasileira geral e idosa^{39,40,99} e naquela que avalia a capacidade preditora das condições econômicas nos anos iniciais de vida^{71,109,183,249,254}.

A análise das variáveis em função do sexo ressalta diferenças de gênero associadas à maneira como homens e mulheres lidam com as questões de saúde.

Diversos estudos mostram a superioridade numérica das mulheres, na população idosa^{53,54,170} e evidência de desigualdades entre os sexos, no que diz respeito às condições de saúde^{21,22,108,136}. As mulheres tendem a sobreviver mais que os homens, em todas as idades. Embora ainda não tenha sido determinado o motivo exato de tais diferenças, algumas abordagens se destacam na literatura.

Os homens têm maior tendência a adotar comportamentos de risco, tanto para acidentes e violência quanto para estilos de vida que aumentam o risco de doenças (tabagismo, alcoolismo etc). Além de se arriscarem mais, procuram menos os serviços de saúde^{64,146,170,179,277, 284,285}.

Contrabalançando a aparente vantagem feminina, outros estudos mostram que as mulheres idosas suportam maior carga de condições crônicas e declínio funcional mais acentuado^{37,214,291} e referem pior avaliação da própria saúde^{52,238}. Entretanto, há um estudo brasileiro, com dados da PNAD 1998, que relativiza tais resultados: embora as mulheres tenham mais desvantagem quanto à declaração de doenças, sua autoavaliação de saúde – indicador consistente da real condição – é similar à dos homens²⁴⁸.

Em um trabalho que analisa um dos aspectos da provisão pública e privada de serviços de saúde, a abordagem das variáveis epidemiológicas está vinculada a alguns conceitos econômicos.

A oferta e demanda de bens e serviços de saúde ocorre num ambiente de incerteza, onde atuam três agentes: o segurador (operadora de plano de saúde ou similar), o provedor (o que provê os cuidados e/ou os insumos) e os segurados (que demandam os serviços e/ou insumos).

A relação entre tais agentes propicia a existência de fatores classificados, na teoria econômica, como risco moral e seleção adversa, decorrentes da presença de informação assimétrica entre os agentes.

O risco moral pode ocorrer na relação do segurador com o provedor ou com os segurados. Caracteriza-se pela sobreutilização dos serviços em presença de um plano ou seguro de saúde. O provedor pode induzir a sobreutilização para elevar rendimentos diretos (remuneração por procedimento) ou indiretos (melhoria de reputação em virtude de certeza de diagnósticos). O segurado pode tender a utilizar mais os serviços quando o custo marginal de utilização for baixo ou nulo¹⁷⁴.

Ocorre seleção adversa quando, antes do estabelecimento de um contrato, uma das partes detém mais informação privada sobre as suas características (*hidden information*). No mercado de planos e seguros de saúde, significa que os consumidores conhecem melhor o próprio estado de saúde do que a seguradora/operadora. Sendo assim, a tendência é que haja maior aquisição de planos e seguros por indivíduos com alta probabilidade de utilização dos serviços de saúde¹⁰¹.

Do ponto de vista epidemiológico a probabilidade de utilização de serviços está relacionada com fatores tais como carga de morbidade, capacidades funcionais, autoavaliação de saúde, ações de prevenção e o uso de serviços.

A morbidade diz respeito ao conjunto de doenças que um indivíduo pode apresentar; a capacidade funcional ao que ele é capaz de realizar a contento, mesmo em presença de morbidade. Saúde autorreferida expressa como o indivíduo percebe seu estado geral, independente de doenças

diagnosticadas ou incapacidades funcionais. As ações de prevenção representam procedimentos realizados com o intuito de evitar doenças ou detectá-las precocemente. O uso de serviços expressa informações acerca da demanda e do acesso dos indivíduos a cuidados de saúde, em face da complexa rede de relações estabelecida num sistema de saúde híbrido.

De acordo com Maia¹⁷⁴, a forma mais usada para analisar, empiricamente, a seleção adversa de consumidores no mercado de bens e serviços de saúde seria por meio da utilização de bases de dados longitudinais, capazes de acompanhar o mesmo indivíduo em diferentes pontos do tempo e permitir observar os efeitos de uma mudança na cobertura do seguro de saúde. Aquela autora chama a atenção para o fato de tais pesquisas serem quase inexistentes no Brasil.

O presente trabalho analisa variáveis epidemiológicas que frequentemente são utilizadas para fundamentar os argumentos econômicos que perpassam a discussão acerca da provisão de bens e insumos de saúde.

3.2.1 – Morbidade

O termo morbidade é originado do radical latino *morbus* (doença) em combinação com o sufixo *itatem*, que designa um estado⁴⁹.

A noção de morbidade não é clara, tendo em vista a variabilidade de conceitos encontrados no trabalho de Minari¹⁹¹. De acordo com aquela revisão, há três significados para o termo morbidade: frequência de doença; ocorrência de doença e um sentido genérico traduzido como desvio de um estado de bem-estar.

Neste estudo adotou-se o sentido atribuído por Pereira, 2005²¹⁷:

“Morbidade é um termo genérico (...) para designar o conjunto de casos de uma dada afecção ou a soma de agravos à saúde que atingem um grupo de indivíduos. É um termo muito empregado em Epidemiologia e Estatística, mas relativamente pouco em clínica, pois tem a conotação de mensuração de frequências, na população (PEREIRA, 2005, p.81)²¹⁷.

As medidas de morbidade se referem a dois aspectos. O primeiro é a morbidade referida, aquela que é percebida e relatada pelo indivíduo analisado. Geralmente é obtida por meio de inquéritos sobre sintomas, incapacidade física, uso de serviços e automedicação, por exemplo. O segundo aspecto é a morbidade observada ou diagnosticada por um examinador independente, com utilização de métodos apropriados e validados cientificamente. É aferida pela análise de sinais e sintomas, alterações laboratoriais e diagnósticos clínicos²¹⁷.

A importância de tais medidas, para a população idosa, está relacionada com a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis que constituem a categoria conceitual da comorbidade, definida por um construto que significa o conjunto de doenças e agravos que coexistem em um mesmo indivíduo. A comorbidade influencia a sobrevivência e a qualidade de vida dos idosos, bem como a utilização de serviços^{117,185,281}.

Há três áreas de pesquisa onde é importante aplicar e medir o construto de comorbidade: na clínica; na Epidemiologia e na Saúde Pública, nas dimensões do planejamento e financiamento de serviços de saúde²⁸¹.

As doenças mais prevalentes são as crônicas não transmissíveis e o agravo mais comum é a hipertensão^{8,153,161,164,239,246,282}. Os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) – Quadro 4 – corroboram os diversos estudos sobre a população idosa brasileira, descrita como um grupo que tende a apresentar morbidades múltiplas que vão se ampliando conforme o aumento da idade.

Quadro 4 – Maiores percentuais de internação no SUS, em 2009, por grupos de causas, faixas etárias a partir de 60 anos e a partir de 65 anos.

Grupo de causas	60 e mais	65 e mais
Doenças do aparelho circulatório	28,3	28,6
Doenças do aparelho respiratório	18,6	19,8
Doenças do aparelho digestivo	9,5	8,8
Neoplasias (tumores)	8,4	7,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,1	7,3
Doenças do aparelho geniturinário	5,7	5,5
Lesões por envenenamento e outras causas externas	5,3	5,4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,2	5,4

FONTE: DATASUS – Cadernos de Informação em Saúde, disponível em www.datasus.gov.br, consulta em março/2009

Lebrão e Laurenti¹⁵³, em trabalho acerca da saúde autorreferida com os participantes do Estudo SABE em 2000, analisaram oito condições crônicas. Segundo esses pesquisadores, as frequências encontradas podem ser consideradas apenas a “ponta do *iceberg*”. O fato de os relatos serem obtidos por meio da pergunta “*um médico ou outro profissional de saúde alguma vez lhe disse que o senhor tem determinada doença*”, deixa aberta a possibilidade de o entrevistado ter alguma doença que desconheça, por dificuldade de acesso aos serviços ou simplesmente por não desejar demandá-los.

Dentre as condições consideradas – pressão alta, diabetes, problema cardíaco, tumor maligno, embolia/derrame; doença crônica pulmonar; artite/reumatismo/artrose e osteoporose – as mais prevalentes são as osteoarticulares (53,3%), seguidas da categoria “problema cardíaco” (31,7%). Observaram ainda que há diferença entre os sexos. A osteoporose é mais frequente entre as mulheres e a doença pulmonar obstrutiva (a quinta na prevalência geral) é mais comum entre os homens¹⁵³.

Lima-Costa, Barreto e Giatti¹⁶², a partir de dados da PNAD 1998, encontraram resultados similares: 43,9% referiram hipertensão; 37,5%, artrite/reumatismo; 19%, doença do coração; 10,3%, diabetes; 7,8%, asma/bronquite; 6,8%, doença renal crônica; 1,1%, câncer e 3,3%, cirrose. O relato da presença de pelo menos uma doença crônica aumentou com a idade, para ambos os sexos.

A associação entre a carga efetiva de morbidade e a autoavaliação de saúde tem sido relatada na literatura^{38,43,263}.

3.2.2 – Autoavaliação de saúde

A saúde autorreferida é uma das medidas de condição de saúde mais utilizadas atualmente. Um olhar superficial pode levar a crer que a aparente simplicidade e o efetivo baixo custo seriam os principais fatores favoráveis à sua utilização. Entretanto, um breve exame da literatura sobre o assunto revela a consistência e complexidade deste tipo de avaliação.

Rahman e Barsky²³⁸ compararam saúde autorreferida com limitações de capacidades funcionais, doenças agudas e crônicas e medidas objetivas de força, equilíbrio e mobilidade. Concluíram que a autoavaliação incorpora múltiplas dimensões do estado de saúde, incluindo incapacidades medidas diretamente pelos testes aplicados.

Benyamini, Leventhal e Leventhal⁴³ realizaram um estudo epidemiológico com 830 pessoas residentes numa comunidade de aposentados. Compararam o resultado da autoavaliação de saúde com outras questões autorreferidas tais como dados sociodemográficos, doenças e agravos atuais, juntamente com o histórico próprio e da família; uso de medicamentos; capacidades funcionais; saúde mental e suporte social. Após ajustar as variáveis por idade e gênero, os autores confirmaram a hipótese de que os fatores com maior impacto sobre a saúde autorreferida são aqueles facilmente reconhecíveis pelos sujeitos como tendo implicações no estado de saúde e que as capacidades funcionais são os mais importantes.

3.2.3 – Capacidade funcional

A capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades da vida diária ou para realizar atos diversos sem necessidade de ajuda. A avaliação da presença de dificuldades em tais ações é frequentemente utilizada como indicador de níveis de saúde¹².

No Brasil, as pessoas envelhecem em diferentes estágios de capacidade funcional, compondo subgrupos de população idosa que compreendem desde aqueles totalmente independentes até os que demandam auxílio para o desenvolvimento de todas as ABVD. Vale ressaltar que, entre os que requerem cuidado constante e os totalmente independentes há um amplo gradiente de condições. A literatura mostra que a maioria dos brasileiros envelhece mantendo independência funcional^{81,155,159,162}.

Alves, Leite e Machado¹³, com base em amostra da PNAD 2003, estabeleceram, por meio de uma técnica estatística específica (Método GoM)^j, três perfis de idosos: saudáveis; com incapacidade e com incapacidade funcional grave. Encontraram resultados semelhantes aos já citados em termos de prevalência de morbididades e aumento das comorbidades com o avançar da idade. A hipertensão foi o agravo mais frequente e, embora a literatura citada pelos autores afirme ser esta a condição com menor impacto negativo nas capacidades funcionais, houve uma maior prevalência da mesma justamente entre os idosos pertencentes ao perfil mais fragilizado e com maior número de incapacidades.

Rodrigues e colaboradores²⁴⁵ em estudo que objetivava identificar a interferência da morbidade na capacidade funcional de idosos, concluíram que esta interfere na capacidade funcional, tanto para o desempenho nas Atividades de Vida Diária (AVDs) quanto para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). Com o avançar da idade, hábitos nocivos e doenças

^j Este método se utiliza da teoria de conjuntos difusos e permite definir perfis multidimensionais de capacidade funcional e saúde, considerando que os indivíduos não se organizam em conjuntos bem definidos e podem pertencer, parcialmente, a múltiplos conjuntos com distintos atributos²⁵⁹.

não controladas podem causar lesões irreversíveis e graves incapacidades. Citam como exemplo a hipertensão, um dos agravos mais prevalentes e, ao mesmo tempo, mais ignorados. A falta de controle da hipertensão acelera e intensifica as complicações do sistema circulatório e, quando associada ao diabetes, aumenta a chance de acidente vascular cerebral, uma das ocorrências mórbidas mais incapacitantes.

Indicadores de morbidade que incluam as incapacidades são os mais apropriados para avaliar o impacto da doença e da incapacidade sobre a família, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos. Eles propiciam a elaboração de diagnósticos e prognósticos que servirão de base para as decisões acerca de tratamentos, cuidados e estabelecimento de parâmetros para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas⁸⁵.

Na presente pesquisa, um grupo de dificuldades referidas na realização de Atividades Básicas de Vida Diária foi analisado em função do atributo de usuário prioritário de provedores de natureza pública ou privada. A associação entre capacidade funcional e relato de morbidade, amplamente documentada na literatura^{36,107,143,249}, além de impactar no uso de serviços de saúde, pode ser influenciada por ações de prevenção realizadas nos mesmos serviços.

3.2.4 – Uso de serviços de saúde e ações de prevenção

O conceito de uso compreende todo contato do usuário com os serviços, seja por meio de consultas médicas e hospitalizações ou pela realização de ações preventivas (exames, vacinação etc)²⁷⁵. Sua análise envolve variáveis de naturezas diversas. Um dos modelos mais utilizados – Andersen e Newman¹⁴ – enfatiza a importância de considerar tanto aspectos relacionados com os usuários quanto de organização do sistema.

De modo geral, os estudos acerca do uso de serviços buscam analisar fatores que influenciam a utilização e a magnitude da mesma, de modo a prever impactos que repercutirão tanto sobre o Sistema quanto sobre as populações e indivíduos.

A literatura internacional identifica a existência de grandes usuários, responsáveis por uma parte desproporcionalmente maior da utilização e que tendem a permanecer dessa forma ao longo do tempo^{80,186}. Estudos mostram que são pessoas com mais idade, que referem pior estado de saúde e apresentam mais sintomas físicos e estresse psicológico, principalmente depressão^{106,186}.

Na literatura brasileira recente, acerca do uso de serviços de saúde, identificam-se três grandes temas: determinantes de utilização, com destaque para o aumento que vem ocorrendo, tanto dos custos quanto da própria utilização de serviços; desigualdades na utilização em função de determinantes sociais de saúde e impacto (ou falta deste) das políticas de saúde; uso de serviços por populações específicas, tais como pessoas idosas ou com determinado padrão de morbidade^{162,168,245,259,282}.

De acordo com Kilsztajn, Sugahara e Lopes¹⁴⁴, que analisaram o impacto da segmentação do mercado de serviços de saúde para o idoso, embora o Sistema Único de Saúde “*ostente o nome de único*” (p. 253), do ponto de vista do acesso e da qualidade do atendimento, a população está dividida em duas categorias, uma usuária do seguro social e outra, de planos privados. Segundo aqueles autores, tal segmentação, além de reproduzir e reforçar a concentração regional e social do rendimento no país, atinge particularmente os idosos, que deixam de ser economicamente ativos no momento em que aumenta sua demanda por serviços de saúde.

Bahia e Luiz²⁸ questionam a “inexorabilidade da segmentação do mercado” e destacam a ideologização que permeia as análises sobre a vinculação a planos e seguros saúde. Segundo esses autores, há uma generalização construída a partir das informações quantitativas que apenas ilustram aquilo que, hipoteticamente, já se sabe: “quem pode tem um plano de saúde”. Tal simplificação, às vezes enunciada por segmentos empresariais – que creem nos limites estruturais do sistema público e fazem questão de divulgá-los – ou utilizada como argumento à adoção de uma estratégia supostamente provisória e benevolente, expressada como

necessidade de se contar com planos privados “enquanto o sistema público não funciona”, dispensaria maiores detalhamentos.

Num estudo de base populacional, como é o caso do SABE, é possível perceber a falácia da segmentação do mercado, pela impossibilidade de se controlar a demanda, ou o acesso exclusivo, aos serviços ofertados no âmbito público ou privado.

De acordo com Castro⁶⁵, em cujo trabalho se encontra uma criteriosa e abrangente revisão sobre uso de serviços, abrangendo o período 1990–2004:

Os principais resultados dessa revisão podem ser resumidos da seguinte forma: por um lado, existiu uma grande semelhança entre os fatores associados ao uso de serviços públicos e às internações hospitalares, ambos favoráveis às pessoas de pior nível sócioeconômico. Por outro lado, os fatores associados ao uso de consultas e à procura de serviços de saúde em geral foram ambos mais favoráveis às pessoas de melhor nível sócioeconômico. Plano de saúde foi associado de forma positiva a todas as medidas de uso. (CASTRO, 2004, p. 19)⁶⁵.

Em pesquisa com dados da PNAD 1998, cujo objetivo era identificar fatores associados às internações hospitalares no Brasil, bem como variações na sua ocorrência, Castro⁶⁵ relata que o SUS financiou 63,1% das internações, e os planos de saúde, 24,6%. Em 13,9% das internações houve desembolso de algum valor por parte do usuário. A autora ressalta que 5,2% das pessoas que se internaram pelo SUS informaram ter pago algum valor por essa internação e que 1,4% informaram que a última internação foi coberta por algum plano de saúde e também pelo SUS, o que, ressalte-se, é ilegal. Entre os indivíduos cuja última internação foi coberta por plano de saúde, 15,8% referiram ter desembolsado algum valor, independente do que já pagam com as mensalidades do plano.

Sob o aspecto da demanda, a necessidade se apresenta como o fator explicativo mais importante para a utilização de serviços de saúde^{33,65,92}. Como a necessidade de saúde é um fenômeno imensurável, faz-se necessário o uso de *proxies* de necessidade, tais como a morbidade referida ou a avaliação clínica.

Um sistema que possibilite serviços de uso regular, com porta de entrada bem definida e adscrição dos indivíduos aos serviços, além de baixo ou nenhum pagamento no ato do consumo, como ocorre para os que têm plano de saúde, seriam medidas de impacto positivo no aspecto da equidade⁶⁵.

A literatura analisada mostra que as escolhas realizadas no âmbito das políticas de saúde não ocorrem, necessariamente, sob exclusiva jurisdição do Estado, o que fortalece a necessidade de pesquisas que analisem a dinâmica público–privada que permeia o sistema de saúde brasileiro.

As ações de prevenção consideradas neste estudo referem-se a procedimentos que previnem contra uma doença infecciosa e respectivas complicações (nível primário) e detectam, precocemente, tumores malignos (nível secundário), enfermidades de alta prevalência na população idosa.

O câncer mais incidente na população brasileira é o de pele do tipo não melanoma. Após este, as localizações primárias mais comuns são próstata, pulmão, estômago, cólon / reto e cavidade oral, para homens e mama, colo do útero, cólon/reto, pulmão e estômago para as mulheres. Os mais letais na população masculina são os de pulmão, próstata e estômago e, na população feminina, os de mama, pulmão e intestino¹³².

As ações de prevenção primária e detecção precoce podem reduzir a incidência e a mortalidade do câncer em diferentes proporções, de acordo com os tipos e localizações. Os cânceres de mama e do colo do útero são exemplos do impacto positivo da detecção precoce sobre a morbimortalidade, conforme verificado em países que organizaram programas efetivos de rastreamento populacional²⁸⁰.

O acesso a procedimentos tais como mamografia, exame Papanicolau e de próstata é reconhecido como impactante na prevenção dos cânceres de mama, próstata e colo do útero, respectivamente^{133,134, 212}. O uso de vacinas é, desde as primeiras ações de saúde pública implantadas no Brasil, reconhecido como preventivo de doenças infecciosas.

I) Vacinação

No caso dos idosos, as vacinas específicas adotadas pelas autoridades sanitárias protegem contra o tétano, gripe e pneumonia.

A literatura relata que o processo de envelhecimento acarreta declínios no sistema imunológico dos idosos^{83,93} e que esse fator está relacionado com o aumento da incidência de doenças respiratórias agudas nesse segmento populacional^{66,76} e o conseqüente aumento das taxas de internação. Essa cascata de eventos tem sido associada, principalmente, à incidência de influenza e pneumonia, que estão entre as principais causas de morbimortalidade entre maiores de 60 anos (Quadro 4, item 3.2.1).

As primeiras ações de vacinação em massa, no Brasil, datam do século XIX. O Programa Nacional de Imunização, política pública de responsabilidade do Ministério da Saúde, criado em 1973, só passou a considerar a população idosa como destinatária de uma ação específica a partir de 1999¹⁹², fundamentado na constatação do impacto positivo da vacinação contra influenza na diminuição da morbimortalidade e no número de internações de idosos^{78,90,103,115,207}.

II) Ações de prevenção específicas para o sexo feminino

Neste estudo foram consideradas, como ações de prevenção de câncer em mulheres, a realização de exame Papanicolau e mamografia, em virtude da literatura que mostra sua atuação na prevenção e controle desses tumores^{133,212}.

Os cânceres de mama e do colo do útero são os mais incidentes na população feminina brasileira, excluindo o câncer de pele não melanoma. As taxas de incidência para 2008 foram de 51/100 mil e 19/100 mil mulheres, respectivamente¹³³.

Essas neoplasias, consideradas questões de saúde pública, em razão de sua magnitude e também pela possibilidade de controle mediante ações organizadas para prevenção e detecção precoce, foram assumidas como

prioridade no Pacto pela Saúde^k. A inclusão do tema na agenda pública da saúde já estava presente na Política Nacional de Atenção Básica^{195,196}, desde seu lançamento em 1984, refletindo a transversalidade das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama.

A mortalidade por câncer de mama é elevada, ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira (12,06/100 mil mulheres em 2005). O câncer do colo do útero é a quarta causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, com taxa de mortalidade ajustada pela população padrão mundial de 5,29/100 mil mulheres, em 2005. Este patamar tem-se mantido praticamente estável nos últimos anos, mostrando que as ações de controle não têm provocado o impacto desejado²¹².

Em países da OCDE – Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega – tem sido observado um aumento da incidência do câncer de mama, porém, acompanhado de redução da letalidade. Esse fenômeno está associado à detecção precoce por meio da introdução da mamografia para rastreamento e à oferta de tratamento adequado. Em outros países, como no caso do Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído, principalmente, ao diagnóstico tardio e a falhas na condução do caso¹³¹.

Segundo a Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (International Agency for Research on Cancer-IARC), o câncer de colo do útero é a principal causa de morte por tumores malignos entre mulheres que vivem em países em desenvolvimento. Para aquele órgão, a maioria dos casos de câncer, em todo o mundo, incide em países menos desenvolvidos, onde está incluída a América do Sul. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero são elevadas, constituindo-se em um grave problema de Saúde Pública. A série histórica divulgada pelo Ministério da

^k Conjunto de reformas institucionais pactuado entre União, estados e municípios, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS. A principal normatização do Pacto é a Portaria Ministério da Saúde Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.¹⁹⁴

Saúde, que vai de 1979 a 2005, mostra que, nesse período, as taxas de mortalidade ajustadas por idade passaram de 4,97 para 5,29 por 100.000 mulheres, o que representa um incremento de 6,4% em 26 anos²⁷⁴.

Embora o Brasil tenha sido um dos países pioneiros na utilização da citologia para o diagnóstico de câncer, dados expostos por Thuler²⁷⁴, mostram que a cobertura do exame Papanicolau ainda é inferior ao nível preconizado pela OMS. Essa organização afirma que a cobertura deve ser de 80% nas mulheres de 35 a 59 anos, para que haja impacto na morbimortalidade.

Atualmente, novas pesquisas associam este câncer à presença de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV-*human papillomavirus*) e novos métodos de rastreamento têm sido apontados como eficazes na redução das taxas de mortalidade¹³². A infecção crônica e persistente por alguns tipos oncogênicos deste vírus hoje é considerada como principal fator de risco para o câncer do colo do útero. Outros fatores de risco são multiparidade, tabagismo, coinfeção por outras doenças sexualmente transmissíveis e uso prolongado de contraceptivos orais²⁰⁹.

Parada e cols.²¹², citando dados da União Internacional contra o Câncer (UICC), afirmam que a adoção de estratégias de detecção precoce também é eficaz para a prevenção e controle do câncer de mama. Quando o tumor é identificado em estágio inicial de desenvolvimento, o prognóstico é mais favorável e a cura pode chegar a 100% nos casos de doença localizada. Relatam o exemplo de países que implantaram programas de rastreamento, obtiveram redução nas taxas de mortalidade por esse tipo de câncer. Estima-se que cerca de 30% das mortes por câncer de mama possam ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado.

Os protocolos adotados no Brasil, para controle do câncer de mama, recomendam a realização do exame clínico anual das mamas para mulheres acima de 40 anos. Para as mulheres entre 50 e 69 anos são indicados o exame clínico mais a realização de mamografia bianual. A realização de

mamografia anual também é preconizada para as mulheres com história familiar para esta doença ¹³³.

III) Ações de prevenção específicas para o sexo masculino

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata são idade avançada, etnia e predisposição familiar. O envelhecimento é considerado o fator de risco mais significativo. A incidência desta neoplasia em homens com idade superior a 50 anos é maior que 30%, aumentando progressivamente até cerca de 80% na oitava década do curso de vida ¹⁰².

Após os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais frequente em todas as regiões brasileiras, com risco estimado de 69/100.000 na região Sul, 63/100.000 na região Sudeste, 47/100.000 na região Centro-Oeste, 38/100.000 na região Nordeste e, 22/100.000 na região Norte. Trata-se do sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o mais prevalente em homens. Ressalte-se que cerca de 75% dos casos ocorrem a partir dos 65 anos ¹³⁴.

Gonçalves e cols. ¹¹³, em estudo que objetivou identificar características demográficas e epidemiológicas de homens com câncer de próstata, encontraram que 43% tinham idade de 64 a 73 anos e apenas 20% do total da amostra haviam realizado exame preventivo.

O exame de próstata é uma ação de prevenção secundária. Nesse caso, as ações de prevenção primária referem-se a adoção de hábitos saudáveis relacionados com a alimentação e com a prática de atividade física, contudo, o exame é útil para detectar precocemente os tumores e melhorar o respectivo prognóstico ¹³⁴.

Os exames aqui enfatizados demandam, além da adesão do paciente, acesso a recursos diagnósticos de média complexidade, representados por procedimentos tais como mamografias e exames citopatológicos que, necessariamente, impactarão o uso de serviços de saúde.

CAPÍTULO 4 – JUSTIFICATIVA

“Na América Latina, só temos duas saídas: ser resignados, ou ser indignados. E eu não vou me resignar nunca.”

Darcy Ribeiro

A trajetória histórica permite que se perceba a atual política de saúde como um grande avanço social. Apesar das dificuldades para o alcance de metas legítimas com financiamento sustentável, é possível reconhecer o quanto se caminhou, desde o modelo de saúde pública policialesco até o modelo atual, que preconiza (ou aspira ao) o acesso universal e igualitário.

De acordo com Andreazzi, Andreazzi e Carvalho¹⁹:

(...)Para os formuladores de políticas, gerentes do setor saúde e agentes do controle social, importa conhecer a estrutura do mercado e a natureza do processo competitivo que ocorre entre os produtores de serviços; e como essa estrutura muda no tempo mediante seus condicionamentos econômicos, políticos e sociais mais gerais. Ou seja, qual a sua dinâmica? As decisões que se dão no interior do setor saúde, que o conformam e estabelecem os padrões de práticas e consumos de saúde, com impacto sobre a situação de saúde das pessoas, não ocorrem apenas na esfera pública, mediada pelo Estado. Podem, inclusive, não ocorrer, sobretudo, nesta esfera. Embora a dinâmica dos mercados de seguros e serviços devesse ser levada em consideração pelos gestores públicos, inclusive locais, isso, de fato, não é feito; ou, quando tentado, frequentemente baseia-se em premissas empiricamente pouco fundamentadas (...) (ANDREAZZI, ANDREAZZI e CARVALHO, 2006, p. 45)¹⁹.

Percebe-se a inexistência, nas grandes bases de dados nacionais, de sistemas de informações que levem em conta as particularidades inerentes às condições de saúde das pessoas idosas. As informações disponíveis baseiam-se, frequentemente, em taxas de mortalidade, hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), doenças de notificação obrigatória e em dados desagregados, produzidos pelos programas e serviços de saúde¹⁶⁵.

No que tange às características da população usuária do sistema privado, as pesquisas revelam uma associação positiva entre cobertura por

plano de saúde e alta renda familiar. A associação é contrária, no que diz respeito aos usuários do SUS: quanto menor a renda, maior é a proporção de usuários do setor público. Também há mais pessoas de alta escolaridade, maior proporção de trabalhadores formais e de brancos entre os beneficiários de planos de saúde^{5,16,47,160,244}.

Entretanto, há estudos que abordam os indivíduos pertencentes aos estratos de renda mais baixos e que também são usuários de planos privados, motivados por razões objetivas tais como o vínculo ocupacional ou subjetivas, relacionadas com a expectativa de serem atendidos numa situação de emergência ou por terem concepções negativas acerca do atendimento no âmbito público^{96,97,112}.

Encontram-se também estudos que relatam o aumento do consumo de serviços de saúde, no âmbito público e privado. Veras e Parahyba²⁸² analisando dados das PNAD 1998 e 2003, afirmam que durante esse período houve aumento proporcional de idosos com plano privado de saúde, passando de 26,9% para 29,4%. Também constataram elevação nos atendimentos de saúde para a população idosa, em ambos os setores – público e privado – mesmo considerando a ampliação do total da população idosa no período.

De acordo com Pinto e Soranz²²⁸ em estudo com dados do Cadastro de Beneficiários da ANS e da PNAD 1998, em que pesem as mensalidades (mais elevadas para os usuários idosos), as capitais das regiões Sudeste (46,5%), Sul (26,3%) e Centro-Oeste (46,0%) permanecem com proporções elevadas de cobertura de planos privados para idosos, com exceção de Porto Alegre (14,4%). Esses autores também reforçam a necessidade de estudos mais detalhados nas capitais brasileiras, por se constituírem em grandes centros de concentração de clientela e ressaltam a importância de se detalharem as investigações por subgrupos etários, principalmente entre os que mais utilizam os serviços de saúde: crianças menores de 5 anos, mulheres em idade fértil e idosos.

Bahia e Luiz²⁸ ressaltam a importância do conhecimento oriundo de pesquisas que refinem os dados apresentados por bases de abrangência

nacional, tais como a da PNAD e da ANS que, atualmente, até por questões metodológicas, apresentam informações discrepantes. Essa abordagem permitiria refinar as análises a partir da inclusão de variáveis relativas à autopercepção do estado de saúde, como, por exemplo, morbidade, fatores de risco, acesso, uso e gastos privados.

A maioria dos autores fala do mercado de saúde como entidade dotada de unicidade e trata das relações entre este e a sociedade a partir da antinomia público *versus* privado.

Andreazzi, Andreazzi e Carvalho¹⁹ apresentam uma análise complexa, por meio da qual buscam identificar áreas de cooperação e áreas de conflito na relação público *versus* privado, característica do sistema de saúde brasileiro, bem como detectar onde as estratégias de parcerias são possíveis e desejáveis. Destacam duas abordagens metodológicas. A primeira, apresentada por Mossaiolos e Thompson, com base no modelo clássico da economia industrial, analisa a interação entre desempenho e conduta das empresas, características estruturais do mercado e dos locais onde estes operam. A outra, elaborada por Katz e Muñoz, sustenta que, no setor saúde, se identificam três mercados, cujo funcionamento isolado e inter-relações determinam o comportamento setorial: o de serviços médicos, o de serviços hospitalares e o de medicamentos, aos quais se pode acrescentar ainda o de equipamentos biomédicos e o de seguros privados de saúde.

A partir das abordagens teóricas citadas, Andreazzi, Andreazzi e Carvalho¹⁹ propõem duas formas de análises concretas da oferta de serviços de saúde. A primeira, denominada “Contexto Geral”, busca identificar as variáveis de contexto que delimitam a dinâmica local tais como a financeirização global e a crescente importância dos serviços como espaço de acumulação do capital. A segunda, “Contexto Específico Setorial”, abrange três tipos de análises: histórica (histórico da constituição dos serviços); da regulação (análise das normas aplicáveis aos processos e produtos) e a análise das variáveis estruturais, que abrange os gastos públicos e privados, a natureza dos produtos e das mudanças técnicas, bem

como as demandas públicas e privadas. Estas últimas são obtidas por meio de estudos populacionais, quando possível, incluindo a cobertura de seguros privados de saúde.

Este trabalho se insere nesta última categoria e vai ao encontro da necessidade de pesquisas que forneçam dados empíricos acerca do impacto, sobre a saúde dos indivíduos idosos, da adoção de um modelo híbrido, marcado pelo embate e, simultaneamente, pela cooperação entre o público e o privado, predominante no sistema de saúde brasileiro.

A possibilidade de os indivíduos transitarem entre um segmento e outro de provedores de serviços – e de também utilizá-los concomitantemente – implica necessidade de análises que levem em conta a natureza dos mesmos. Ressalte-se que se considerou *provedor* a entidade responsável pelo custeio dos serviços, dado que o sistema público tanto utiliza rede própria quanto compra serviços de prestadores e profissionais de natureza jurídica privada.

O Brasil conta com um sistema de políticas públicas bem organizado, do ponto de vista formal, e com pesquisas epidemiológicas de alta complexidade e abrangência, reconhecidas em fóruns nacionais e internacionais. Por outro lado, os trabalhos citados na revisão de literatura desta tese, no que diz respeito às condições de saúde e ao histórico das políticas de saúde no Brasil, revelam que, até agora, as ações planejadas não têm causado o impacto desejável e necessário.

A leitura dos textos oficiais de formulação de políticas públicas – Estatuto do Idoso e Política Nacional do Idoso, entre outros – mostra uma aparente preocupação do Estado em prover tudo o que foi considerado importante para que o brasileiro envelheça com dignidade, saúde e no exercício pleno da cidadania. Entretanto, a literatura reporta discrepâncias entre o ideal estabelecido nas diretrizes e objetivos das políticas públicas e a situação de saúde da população idosa, demonstrando a necessidade de aprofundamento no tema.

O atual Sistema de Saúde brasileiro configura um modelo que comporta uma contínua interseção entre o público e o privado e, em que pese a sua trajetória histórica e política ou até em função da mesma, tem se tornado *lugar comum* a afirmação de que o setor público “não funciona”. Clichês costumam trabalhar a favor das afirmações tendenciosas e falaciosas.

Há um conjunto de fatores inter-relacionados. Uma população crescente em número de *indivíduos* com 60 anos e mais; o aumento da complexidade das demandas e um *sistema* de saúde fundamentado em princípios de universalidade e equidade, que convive com um mercado de serviços privados.

Em paralelo, as pesquisas encontram resultados consistentes no que diz respeito às condições de saúde da população e sua relação com as desigualdades sociais, mostrando a necessidade de estudos que apontem caminhos para a implementação de políticas públicas de saúde eficazes e equitativas.

O presente trabalho objetivou compreender quem são os usuários idosos e como eles transitam entre as dimensões pública e privada do sistema de saúde. Para delimitar o escopo da pesquisa, investigou-se uma amostra representativa da população idosa do município de São Paulo – cidade com maior número de contratos de planos privados de saúde no Brasil – a partir da divisão em grupos de pessoas com e sem plano privado de saúde.

CAPÍTULO 5 – OBJETIVO E HIPÓTESE

5.1 – Objetivos

Não basta dar os passos que nos devem levar um dia ao objetivo. Cada passo deve ser, ele próprio, um objetivo em si mesmo, ao mesmo tempo que nos leva para diante.
Goethe

Geral: identificar fatores socioeconômicos e de saúde associados à condição de usuário prioritário de provedor de serviços de saúde de natureza privada (possuidor de plano privado de saúde) e pública (não possuidor de plano privado de saúde), na população idosa do município de São Paulo, no período 2000 / 2006.

Específicos

- a) Identificar características socioeconômicas e epidemiológicas predominantes e respectiva associação com a condição de ter ou não ter plano de saúde.
- b) Identificar mudanças de provedor prioritário de serviços de saúde – de público para privado e vice-versa.

5.2 – Hipóteses

- a) Os idosos que possuem plano de saúde, quando comparados com os que não possuem, apresentam melhores condições socioeconômicas, maior acesso a serviços e menos dificuldades na execução de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD).
- b) Não há diferença, entre idosos com e sem plano de saúde, no que diz respeito às proporções de morbidade autorreferida.
- c) Não há mudança, estatisticamente significativa, de provedor de serviços de saúde, no período 2000–2006.

CAPÍTULO 6 – METODOLOGIA

*Confia em Deus mas amarra o teu camelo.
Provérbio árabe.*

A pesquisa se desenvolveu no âmbito do projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE).

O SABE é um inquérito populacional que se iniciou no ano 2000, como estudo multicêntrico e transversal sobre as condições de vida e saúde das pessoas de 60 anos e mais. Posteriormente se configurou, em São Paulo, como estudo longitudinal de múltiplas coortes.

No período entre outubro de 1999 e dezembro de 2000, o SABE foi realizado em sete centros urbanos da América Latina e Caribe – Bridgetown (Barbados), Buenos Aires (Argentina), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), Havana (Cuba), Cidade do México (México) e Montevideú (Uruguai)²¹¹.

Inicialmente concebido como estudo transversal, buscou coletar dados comparáveis entre os países participantes, produzindo o máximo de informações a respeito da população idosa – homens e mulheres com idade a partir de 60 anos – residente nas cidades onde o inquérito foi realizado.

Em São Paulo tem sido coordenado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

6.1 – Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de coorte onde são analisadas variáveis sociodemográficas e epidemiológicas relativas a um grupo de indivíduos idosos, representativos da população do município de São Paulo no ano 2000, expostos à condição de ter ou não ter plano de saúde, em dois momentos específicos, 2000 e 2006.

6.2 – Instrumento

Os dados do SABE foram obtidos mediante entrevista domiciliar. O questionário utilizado, elaborado por um comitê de especialistas nos diversos temas abrangidos, foi submetido a dois pré-testes.

Em 2000, o questionário compunha-se de 11 seções, descritas a seguir (Anexo 1).

Seção A – Dados pessoais: ano e país de nascimento; local de residência durante os primeiros quinze anos de vida; local de residência durante os últimos cinco anos e, quando cabível, razões para a mudança de residência; história e atual estado marital; número de filhos; escolaridade.

Seção B – Avaliação cognitiva: autoavaliação da memória e *minimal*¹ modificado e validado no Chile especialmente para o estudo SABE.

Seção C – Estado de saúde: autoavaliação da saúde (no momento da entrevista; em comparação consigo mesmo há 12 meses; em comparação com pessoas de mesma idade); doenças referidas e respectivo controle (doenças cardíacas, pulmonares, osteoarticulares, endócrinas; câncer); exames preventivos e vacinas; agravos (hipertensão, quedas); condições sensoriais; saúde bucal; escala de avaliação de depressão geriátrica e avaliação nutricional.

Seção D – Estado funcional: avaliação do desempenho em atividades básicas e instrumentais de vida diária; identificação e caracterização de cuidadores, quando cabível.

Seção E – Medicamentos: indicação; tempo e forma de uso; obtenção e custeio; gastos mensais e motivos referidos para a não utilização dos medicamentos prescritos.

¹ Para a avaliação do estado cognitivo dos idosos, utilizou-se uma versão modificada e validada no Chile, por Icaza e Albala, em 1994, do Miniexame do Estado Mental (MEEM), desenvolvido por Folstein e colaboradores (1975), com o objetivo de reduzir o impacto da escolaridade sobre os resultados¹⁵⁴.

Seção F – Uso e acesso a serviços de saúde: natureza dos provedores de serviços (pública ou privada); utilização nos últimos 12 meses; terapias prescritas; custeio.

Seção G – Rede de apoio familiar e social: quantidade de pessoas residentes no mesmo domicílio e respectivas características (sexo, idade, parentesco com o idoso, escolaridade e condição laboral); assistência prestada ao idoso ou fornecida por ele em relação às pessoas com as quais coabita; características similares em relação a irmãos e filhos que não vivem no mesmo domicílio, bem como em relação a outros familiares que fornecem ou recebem algum tipo de ajuda; assistência institucional recebida ou fornecida nos últimos 12 meses; participação em trabalho voluntário ou organização comunitária.

Seção H – História laboral e fontes de renda: trabalho atual (tipo, renda propiciada); motivos para a continuidade no mercado de trabalho ou para a saída dele; ocupação durante a maior parte da vida; razões de mudança de atividade ocupacional; fontes de renda (aposentadoria, pensão, outras); número de dependentes; gastos pessoais (moradia, transporte, alimentação, vestuário, saúde); autoavaliação de bem-estar econômico.

Seção J – Características da moradia: tipo e propriedade; condições (saneamento, eletrificação, número de cômodos, bens presentes).

Seção K – Antropometria: altura do joelho; circunferência de braço, cintura, quadril, panturrilha e punho; prega tricipital; peso; força da mão.

Seção L – Testes de capacidades físicas: equilíbrio, mobilidade e flexibilidade.

O questionário aplicado em 2006 contempla as seções já descritas, com alguns acréscimos, tais como questões acerca da sexualidade, inseridas na Seção C. Houve acréscimo de uma avaliação de qualidade de vida na seção D e foram criadas as seções M e N, descritas a seguir (Anexo 1).

Seção M – Maus-tratos: perguntas sobre o relacionamento do idoso com as pessoas com as quais convive, de modo a detectar situações de negligência e/ou maus-tratos.

Seção N – Avaliação da sobrecarga dos cuidadores: questões aplicadas aos cuidadores principais (os que prestam a maior parcela de ajuda) dos idosos que referiram receber auxílio para a execução de atividades de vida diária.

6.3 – População e amostra

A população compõe-se de indivíduos de 60 anos e mais, de ambos os sexos, residentes na comunidade, no município de São Paulo, nos anos 2000 e 2006.

O plano inicial do estudo SABE fixou o número mínimo de entrevistas em 1.500. Para se obter a representação da população idosa da cidade de São Paulo em 2000, tomou-se por base a contagem populacional de 1996, que encontrou 836.223 idosos no município, correspondendo a 8,1% do total da população.

O cálculo da amostra inicial seguiu uma sequência de etapas, resumidas a seguir, com base na descrição elaborada por Silva (2003)²⁶⁶.

I - Distribuição do número mínimo de entrevistas – 1.500 – segundo os estratos definidos por sexo e grupo etário, de modo a determinar o número mínimo de entrevistas por idade e sexo.

II - Cálculo do número de domicílios necessários para a realização de 1.500 entrevistas: $\{d=(1500 \cdot 10/3) \cdot (0,85)^{-1}\}$, onde a razão 10/3 é o inverso de 3 idosos para cada 10 domicílios e 0,85 é a taxa esperada de sucesso na localização e realização das entrevistas. O resultado dessa expressão é 5.882 domicílios.

III- Sorteio dos domicílios pelo método de amostragem por conglomerados sob o critério de partilha proporcional ao tamanho (PPT). Os domicílios foram sorteados do cadastro permanente de 72 setores censitários, disponível no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde

Pública da USP. A amostra de domicílios foi sorteada do cadastro da PNAD 1995, composto por 263 setores censitários.

IV - Atualização dos endereços por meio das listas da PNAD.

V - Visita aos domicílios para identificação dos indivíduos elegíveis – pessoas com 60 anos e mais, de ambos os sexos – e respectivo convite à participação na pesquisa.

Ao final do trabalho de campo foram visitados 5.882 domicílios e realizadas 2.143 entrevistas: 1.568 que compõem o primeiro segmento da amostra e 575 indivíduos elegíveis, residentes nos distritos em que se realizaram as entrevistas anteriores, correspondendo ao acréscimo efetuado para compensar a mortalidade na população de maiores de 75 anos.

Em 2006, após os eventos descritos no Quadro 5, a coorte compõe-se de 1.115 pessoas. Para a presente pesquisa, a amostra de sobreviventes foi dividida em 2 grupos, segundo o provedor prioritário de serviços de saúde referido em 2000 e 2006.

Quadro 5 – Eventos ocorridos na coorte, período 2000 / 2006

ENTREVISTADOS 2000	Eventos ocorridos no período			ENTREVISTADOS 2006
2.143				1.115 (52%)
	Óbito	649	30,3%	
	Não localização	139	6,5%	
	Mudança de município	51	2,4%	
	Institucionalização	11	0,5%	
	Recusa	178	8,3%	

Fonte: Estudo SABE

O primeiro grupo é formado pelas pessoas que referiram ter plano ou seguro saúde privado, no momento da entrevista. Foi denominado Pr, por se referir a usuários prioritários, mas não necessariamente exclusivos, de provedores de serviços de saúde de natureza privada.

O segundo grupo compõe-se das pessoas que referiram não contar com plano ou seguro privado, no momento da entrevista. É identificado pela sigla Pb, por se referir a usuários prioritários, mas não necessariamente exclusivos, de provedores de serviços de saúde de natureza pública.

Consideraram-se “planos e seguros privados” os dois segmentos alternativos ao SUS, conforme assinalado por Bahia²³. O primeiro é composto pelas redes de serviços organizadas para o atendimento de servidores públicos civis e militares, administradas por instituições públicas que, por sua vez, são financiadas pela contribuição obrigatória dos empregados e, em muitos casos, com uma complementação por parte dos usuários. O segundo é formado pelos planos e seguros privados de saúde financiados pelas empresas empregadoras e pelas famílias, sendo sua base física constituída por hospitais e médicos credenciados ou médicos assalariados e hospitais próprios ou ainda por cooperativas formadas por profissionais de saúde.

O termo *prioritário* foi utilizado por não haver como controlar a condição de usuário exclusivo de provedor de serviços de saúde de natureza pública ou privada, em qualquer dos momentos de coleta de dados.

6.4 – Variável dependente

A variável dependente (Quadro 6) foi construída a partir da resposta à questão sobre a posse de plano ou seguro privado de saúde, em ambos os momentos de coleta de dados, de modo a identificar dois grupos de usuários definidos pela condição de ter ou não ter plano ou seguro privado de saúde. Quem tem plano ou seguro privado de saúde compõe o grupo Pr, que reúne os indivíduos considerados usuários prioritários de provedores de serviços de natureza privada. Quem não tem plano ou seguro privado

pertence ao grupo dos usuários prioritários de provedores de serviços de natureza pública (Pb).

Quadro 6 – Variável dependente: natureza do provedor prioritário de serviços de saúde

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Natureza do provedor prioritário de serviços de saúde em 2000	Pr – Com plano privado Pb – Sem plano privado
Natureza do provedor prioritário de serviços de saúde em 2006	Pr – Com plano privado Pb – Sem plano privado

Fonte: Estudo SABE

6.5 – Variáveis independentes

As variáveis independentes – explicativas – foram selecionadas dentre o conjunto de dados que propicia informações acerca das condições sociodemográficas e de saúde do entrevistado. Foram construídos cinco blocos de variáveis a partir da categorização da amostra em dois grupos (Pb e Pr).

Bloco 1 – Sociodemográficas

O primeiro bloco compreende informações que traçam o perfil socioeconômico e demográfico dos grupos estudados (Quadro 7), referendadas pela literatura acerca dos determinantes sociais da saúde^{50,294}. Foram acrescentadas, ao conjunto comumente utilizado, uma variável acerca da autoavaliação de situação econômica (renda suficiente) atual e duas variáveis que visam a fornecer dados acerca da vida pregressa do entrevistado (situação nutricional e situação econômica da família).

A idade foi estratificada em faixas com intervalos de cinco anos, entretanto, o segundo momento de coleta ocorreu após seis anos. Para garantir que os grupos etários comparados fossem, rigorosamente, os

mesmos, optou-se por fixá-los tal como em 2000. A título de exemplo: indivíduos que tivessem exatos 60 anos em 2000 estariam com 66 em 2006. Sem a fixação no grupo etário, seriam comparados com os que tinham entre 65 e 69 em 2000 e não com os que, como eles, tinham entre 60 e 64 anos. Para evitar esse viés, eles permaneceram no grupo 60-64. Uma mudança intragrupo prejudicaria a característica de coorte que fundamenta o presente estudo, onde as comparações são feitas, rigorosamente, para o mesmo grupo de indivíduos

Quadro 7 – Categorização das variáveis relativas aos fatores sociodemográficos.

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Faixa etária	60–64, 65–69, 70–74, 75–79, 80 e +
Sexo	feminino, masculino
Escolaridade (em anos de estudo formal)	sem escolaridade, 1 a 3 anos, 4 a 7, 8 e mais
Renda em salários mínimos (SM)	menos que 1 SM; 1 a 2,99; 3 a 4,99; 5 ou mais
Autoavaliação da renda (se o entrevistado considera ter renda suficiente para o atendimento das despesas diárias)	não, sim
Estado marital	casado, divorciado/separado, viúvo, solteiro
Autoavaliação da situação econômica da família nos primeiros 15 anos de vida	boa, regular, ruim
Autoavaliação da própria situação nutricional nos primeiros quinze anos de vida (se o entrevistado considera que passou fome nos primeiros quinze anos de vida)	não, sim

Fonte: Estudo SABE

Bloco 2 – Morbidade e agravos à saúde

É composto pela listagem de doenças que o entrevistado relata, baseado em informação fornecida por profissional de saúde. Além disso, compreende os episódios de queda relatados para os últimos 12 meses anteriores à entrevista e a quantidade de doenças referidas (Quadro 8).

Quadro 8 – Categorização das variáveis relativas a doenças e agravos referidos

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Hipertensão	não, sim
Diabetes	não, sim
Câncer	não, sim
Doença crônica do pulmão (asma / bronquite / enfisema)	não, sim
Doença do coração (doença coronária, angina, doença congestiva, outros)	não, sim
Embolia / derrame / isquemia / trombose cerebral	não, sim
Artrite/ reumatismo / artrose	não, sim
Osteoporose	não, sim
Queda nos últimos 12 meses	não, sim
Número de doenças referidas	0, 1 a 2, 3 e +

Fonte: Estudo SABE

Bloco 3 – Autoavaliação de saúde

Abrange variáveis que expressam o conceito do entrevistado a respeito de sua própria condição de saúde no momento da entrevista, em comparação com a de outras pessoas de mesma idade e consigo mesmo, há 12 meses (Quadro 9).

Quadro 9 – Categorização das variáveis relativas à autoavaliação de saúde

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Saúde atual: como avalia a própria saúde no momento da entrevista	ruim/péssima, regular, boa/excelente
Em relação a pessoas da mesma idade: como avalia a própria saúde em relação a pessoas de mesma idade	não sabe/não respondeu, pior, igual, melhor
Em relação a si mesmo, 12 meses: como avalia a própria saúde, comparando consigo mesmo há 12 meses	pior, igual, melhor, não sabe/não respondeu

Fonte: Estudo SABE

Bloco 4 – Dificuldades na execução de Atividades Básicas de Vida Diária

É composto pelas respostas a um grupo de questões que expressam a presença de algum grau de dificuldade para a realização de Atividades Básicas de Vida Diária (Quadro 10).

Quadro 10 – Categorização das variáveis relativas a dificuldades na execução de Atividades Básicas da Vida Diária

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Tem dificuldade em atravessar um quarto andando	sim, não
Tem dificuldade para vestir-se	sim, não
Tem dificuldade para tomar banho	sim, não
Tem dificuldade para comer	sim, não
Tem dificuldade para deitar ou levantar da cama	sim, não
Tem dificuldade para ir ao banheiro	sim, não

Fonte: Estudo SABE

Bloco 5 – Uso de serviços de saúde e ações de prevenção

As variáveis deste grupo buscam aferir dados acerca de tempo de espera para atendimento em consulta de saúde, prescrição e realização de exames pós-consulta, fatores frequentemente referidos como diferenciais de qualidade de atendimento. Além dessas, também foram incluídas a averiguação do profissional que realizou o último atendimento de saúde (médico ou outra categoria de profissional de saúde) e uma variável acerca do financiamento da última internação, para os que necessitaram de tal procedimento. Esta variável foi categorizada como “SUS” e “Outros”, de modo a se verificar qual a participação do sistema público no financiamento de internações de indivíduos idosos (Quadro 11).

A variável “motivo da dificuldade referida em acessar serviços de saúde” refere-se aos que alegaram, em 2006, dificuldade para acessar serviços de saúde e será analisada de forma descritiva, não sendo considerada no modelo de regressão logística.

Quadro 11 – Categorização das variáveis relativas ao uso de serviços de saúde

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Quem pagou pela última internação	SUS, outros
Intervalo entre solicitação e efetivação de atendimento de saúde (em dias)	menos de 8, 8 a 15, 16 a 30, 31 a 90, mais de 90
Intervalo entre chegada ao serviço de saúde e atendimento efetivo (em minutos)	não esperou, 1 a 15, 16 a 30, 31 a 60, mais de 60
Profissional que prestou o último atendimento de saúde	Médico, outro
Solicitação de exames complementares pós-consulta de saúde	sim, não
Realização dos exames solicitados	sim, fez todos; não, ou fez apenas uma parte; não, mas estão agendados.
Porque não fez os exames solicitados	não considerou o problema como grave, custos (eram caros), outros
Motivo da dificuldade referida para acessar serviço de saúde (considerada apenas em 2006; não entra no modelo de regressão logística)	outros= distância e falta de transporte, falta de tempo para realizar a consulta. custo = qualquer motivo relacionado com a falta de recurso financeiro para buscar atendimento, seja a falta de dinheiro para o transporte ou o preço da consulta atendimento ruim = não procurou por julgar, antecipadamente, que o atendimento não seria satisfatório

Fonte: Estudo SABE

Além das variáveis específicas para avaliação do uso de serviços, foi incluído um bloco composto por variáveis que fornecem informações sobre o acesso a procedimentos de prevenção primária e secundária, de realização exclusiva em serviços de saúde e que demandam, no mínimo, recursos de média complexidade .

A variável *vacinação* foi recategorizada levando-se em conta o acesso ao conjunto ou a qualquer uma das vacinas contra influenza, pneumonia e

tétano (Quadro 12). Tal recategorização baseou-se no fato de que a separação por tipo de vacinas produziria subgrupos com frequência reduzida e que, na realidade, todo tipo de vacinação para adultos significa um contato com o serviço de saúde e representa uma ação ou conjunto de ações de prevenção.

No período 2000–2006, os esquemas vacinais para adultos oferecidos na rede pública podem ter sofrido mudanças relacionadas com a logística e com a organização descentralizada. Além disso, a abrangência territorial do estudo – inicialmente multicêntrico e posteriormente municipal – determinou mudança na forma de verificar o acesso. Desta forma, há a possibilidade de acesso a uma ou a todas as vacinas citadas, entre um período e outro de coleta de dados. Entretanto, sabe-se que a maioria dos idosos que refere vacinação teve acesso às vacinas contra gripe e pneumonia que fazem parte de uma campanha de ampla divulgação e abrangência nacional, realizada todos os anos desde 1998.

Estudos que abordam a incidência de tétano em idosos^{51,210} relatam que a vacinação antitetânica, para esta faixa etária, não é suficiente e tampouco conta com alta adesão, como no caso da vacinação contra gripe. Ressalte-se que o “Calendário de Vacinação do Adulto e do Idoso”, divulgado pelo Ministério da Saúde^m, destaca apenas as vacinas contra gripe e pneumonia, na linha referente à idade igual ou maior que 60 anos.

Se o entrevistado tiver aderido a um ou mais dos esquemas descritos, ele é contado como “*sim, teve acesso a vacinação*”, ação preventiva impactante no estado de saúde e que demanda o contato com um serviço. Este, no caso das vacinas, é, na maioria das vezes, de natureza exclusivamente pública, embora exista a possibilidade de acesso por meio de serviços privados.

^m Calendário de Vacinação do adulto e do idoso, divulgado pelo Ministério da Saúde (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar>)

Quadro 12 – Categorização da variável vacinação

2000	2006
Gripe (últimos 12 meses)	Gripe
Tétano (últimos 10 anos)	Tétano
Gripe + Tétano	Pneumonia
	Gripe + Pneumonia
	Gripe + Pneumonia + Tétano

Fonte: Estudo SABE

As outras variáveis relacionadas à prevenção são representadas por ações de rastreamento para prevenção secundária, direcionadas a um sexo específico. Para as mulheres, exame Papanicolau para prevenção de câncer do colo do útero e mamografia para a prevenção de neoplasias de mama. Para os homens, exame clínico para detecção precoce de tumores de próstata (Quadro 13).

Quadro 13 – Categorização das variáveis relativas às ações de prevenção realizadas em serviço de saúde

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Mamografia: realização de mamografia nos últimos 2 anos	não, sim
Papanicolau: realização de exame citopatológico Papanicolau nos últimos 2 anos	não, sim
Próstata: realização de exame clínico de próstata nos últimos 2 anos	não, sim
Vacinação: acesso a alguma vacina específica para idosos, aí consideradas as respostas para as vacinas influenza, pneumonia e tétano (o conjunto ou qualquer uma delas) nos últimos períodos indicados no Quadro 12.	não, sim

Fonte: Estudo SABE

6. 6 – Procedimento

A análise dos dados seguiu três estágios:

I - Identificação, nos dois bancos de dados (2000 e 2006), das variáveis consideradas relevantes para a análise.

II - Identificação da mobilidade entre provedores de natureza pública e privada.

As mudanças entre provedores determinaram a construção de uma terceira variável que foi analisada de forma descritiva, a partir da consideração de três subgrupos.

a) O subgrupo “Estável” compreende os indivíduos que referiram ter plano ou seguro privado em 2000 e continuaram referindo em 2006 ou não referiam e continuaram a não referir em 2006 (não mudaram de provedor).

b) O subgrupo “Pb para Pr” compreende aqueles que não referiram posse de plano ou seguro privado em 2000 e que passaram a referi-la em 2006. Ou seja, mudaram de provedor prioritário de natureza pública para provedor prioritário de natureza privada.

c) O subgrupo “Pr para Pb” abrange os que alegaram ter plano ou seguro privado em 2000 e que em 2006 afirmaram não ter.

A variável que expressou a mudança de provedor prioritário não foi destacada como variável dependente por não ter sido considerada no modelo de regressão, em virtude do número reduzido de sujeitos nas categorias referentes à mobilidade entre provedores prioritários. Entretanto, foi analisada sob o aspecto descritivo, de modo a produzir conclusões acerca do comportamento da coorte no que diz respeito à mobilidade entre provedores.

III - Análise dos fatores associados à condição de usuário prioritário de provedores de serviços de natureza privada a partir do desenvolvimento de modelo de regressão logística.

6.7 – Análise estatística

Inicialmente foi realizada análise univariada, por meio do teste de associação com correção de segunda ordem de Rao e Scott²⁴⁰ para amostras complexas. Foi fixado o nível de significância de 20% para a inclusão da variável na análise posterior (multivariada).

A verificação dos fatores associados à condição de ter plano privado foi realizada por meio do desenvolvimento de um modelo de regressão logística por passos (*stepwise*), de modo a hierarquizar a relevância de cada variável explicativa na presença das demais.

A entrada das variáveis nos modelos múltiplos seguiu o método *stepwise forward*¹⁴⁵ por meio do qual, em cada grupo de variáveis, é considerada a ordem crescente dos coeficientes de correlação de Pearson. Foram consideradas significantes as variáveis com $p \leq 0,05$.

6.8 – Observações gerais

Os dados acerca da amostra considerada no todo foram retirados do artigo de Lebrão e cols.¹⁵⁵. O artigo descreve as variáveis sociodemográficas e de condição de saúde, para os 1115 idosos em questão, comparando 2000 e 2006, tornando desnecessário reproduzir a análise.

CAPÍTULO 7 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Há que por o chão nos pés.
Chico Buarque*

A coorte iniciada no ano 2000 contava com 2.143 indivíduos, representando a população idosa do município de São Paulo, estimada em 836.204 indivíduos. Em 2006, como consequência das perdas descritas no Quadro 5 (item 6.3–Metodologia), permaneceram 1.115 idosos, representando 473.828 pessoas.

De modo geral, trata-se de uma população que conta com mais mulheres (61%) e com pessoas na faixa etária de 70 a 79 anos (52,2%)¹⁵⁵.

7.1-Characterização dos idosos segundo provedor prioritário de serviços de saúde

Em ambos os períodos, mais de 50% da amostra contam, prioritariamente, com provedores de natureza pública e há maior proporção de titulares de planos de saúde entre as mulheres. Em 2000, dentre os que têm planos – grupo Pr – há 44,2% de mulheres e 42,4% de homens. Em 2006 há 51,3% de mulheres entre os que têm plano privado, determinando diferença significativa, para o sexo feminino, no segundo momento de coleta de dados (Tabela 6).

Tabela 6 – Proporção (%) de idosos com e sem plano privado de saúde, segundo sexo. Município de São Paulo, 2000 e 2006.

	Mulher	Homem	Total	p*
Provedor prioritário 2000	%	%	%	
Pb	55,8	57,6	56,5	
Pr	44,2	42,4	43,5	0,59
Provedor prioritário 2006				
Pb	48,7	56,7	51,8	
Pr	51,3	43,3	48,2	0,01
Total	100,0	100,0	100,0	

* Teste de qui-quadrado com correção de Rao-Scott²⁴⁰

Fonte: Estudo SABE

Segundo a ANS, há uma tendência de maior participação relativa das mulheres no mercado de planos e seguros privados. Em planos individuaisⁿ, elas representam 59% e, no total de planos, elas são 53,4% com tendência a aumentar¹²⁸.

A tendência de aumento da participação feminina para a população brasileira também é mostrada em projeção populacional realizada pelo IBGE para o período 2030–2050, por sexo e idade. Fundamentando-se nesses dados, a ANS projeta a população de beneficiários e conclui que, sendo mantidas as taxas de cobertura de 2009, a participação das mulheres entre os titulares de planos de saúde tende a se manter em patamares superiores².

7.1.1 – Caracterização sociodemográfica

Nesta população, já caracterizada como predominantemente feminina, as mulheres têm uma estrutura etária mais envelhecida. Uma em cada quatro mulheres tem 75 anos ou mais, ao passo que entre os homens essa proporção é de um para cinco¹⁵⁵.

Na análise em função da titularidade de planos, em 2000 a faixa etária com maior proporção de planos privados é a mais jovem (60 a 64 anos). Nesse segmento, 46,2% contam com planos privados. Os outros subgrupos variam pouco, mantendo proporções entre 40% e 43% (Tabela 7). Em 2006, a maior proporção de planos privados deixa de estar entre os mais jovens e passa para o segmento 70 a 74 anos. Dentre estes, 51,6% têm planos (Tabela 8).

É possível que o aumento da idade e o respectivo aumento da necessidade de utilização de serviços de saúde^{69,162} estimulem as pessoas a

ⁿA ANS classifica os planos, no que diz respeito à contratação, como *individual ou familiar* (contrato firmado, diretamente, entre pessoa física e operadora de planos); *coletivo por adesão* (oferecidos por pessoa jurídica a determinado grupo de indivíduos que possuem vínculo empregatício, associativo ou sindical com o contratante) e *coletivo empresarial* (contratados por pessoas jurídicas para atender a um grupo específico). (ANS, 2010, disponível em: www.ans.gov.br).

buscarem mais planos privados, com a expectativa de terem maior acesso a atendimento nos serviços de saúde^{47,96}. Acerca da relação entre idade e consumo de serviços, Kanamura, em estudo com 64.219 clientes de um plano de saúde que opera no estado de São Paulo, conclui que, de 1% que foi responsável pelo maior percentual de gastos, 45% estavam na faixa etária de 60 anos e mais.

Em ambos os períodos, as proporções de planos privados são maiores entre as mulheres, para todas as faixas etárias, com uma única exceção, no segundo momento de coleta. Em 2006, entre os homens de 70–74 anos, há uma proporção de 59,3% de titulares de planos privados, ao passo que entre as mulheres dessa idade, a proporção é de 46,7%. O mesmo ocorre para a faixa 80 anos e mais, onde os homens com planos representam 53%, e as mulheres, 45,6% (Tabelas 7 e 8).

Dentre as mulheres mais velhas (80 anos e mais), 61,2% não contam com plano privado (Tabela 7) em 2000. De todo modo, as menores proporções de titularidade de planos predominam para o sexo masculino, em ambos os períodos. Em 2006, na faixa 65–69 anos, apenas 34,2% destes têm planos e seguros (Tabela 8).

Uma maior proporção de contratação de planos privados, entre as mulheres, também foi encontrada nos trabalhos de Pinheiro e cols.²²⁵ e Veras e cols.²⁸³

Bos e Bos⁴⁷, em estudo transversal com a população idosa residente no estado do Rio Grande do Sul, em 1995, buscaram analisar fatores demográficos, econômicos e sociais intervenientes na escolha do local de atendimento, classificado em função de ser provedor de serviço de natureza jurídica pública ou privada. Concluíram que o acesso a provedores privados é mais fortemente determinado por renda familiar que individual e que ser do sexo feminino, ter maior renda, maior escolaridade e tamanho menor de família são variáveis positivamente associadas à escolha de provedores privados.

As proporções de casados e solteiros são semelhantes entre Pb e Pr em ambos os períodos, quando se considera a população total: 45,8% e

44,3% em 2000 e 49,7% e 48,4% em 2006, respectivamente. Há mais mulheres solteiras entre as que têm plano – 51,6% em 2000 e 57,6% em 2006 – e ocorre o contrário entre os homens solteiros (27,2%) em ambos os períodos (Tabelas 7 e 8).

A análise de outras variáveis sociodemográficas mostra que o estado marital, isoladamente, não determina essa diferença, dado que o subgrupo das mulheres solteiras é mais escolarizado e tem maior renda, variáveis frequentemente associadas à posse de planos privados.

A maioria das pesquisas encontradas acerca do estado marital investiga padrões de utilização de serviços ou indicadores de morbidade e mortalidade e apresenta resultados controversos.

Há diversos estudos, com diferentes resultados. Alguns relatam que pessoas casadas têm melhor saúde quando comparadas com as solteiras^{60,237}; outros, que há associação entre maior uso de serviços de saúde e ser viúvo ou divorciado¹³⁸; que não há associação entre uso de serviços de saúde e estado conjugal²⁷³ ou, ainda, que ser casado é mais benéfico, sob o aspecto do estado de saúde, para os homens^{236,263}.

Os usuários prioritários de planos privados são mais escolarizados e a relação entre anos de estudo e posse de planos é direta, quando se observam as proporções de indivíduos Pr e Pb (Tabelas 7 e 8). Esse resultado vai ao encontro da literatura que mostra as pessoas mais escolarizadas com maior tendência a buscar provedores privados^{3,41,72,149,244}.

A análise das faixas de renda reflete os achados da literatura que revelam o Brasil como um país rico e desigual^{39,40,99}. Embora o grupo Pr seja menor, nele se concentram as maiores proporções de pessoas com renda igual ou maior que cinco salários mínimos (Tabelas 7 e 8).

Os estudos acerca da adesão a planos e seguros privados apontam na direção da associação entre alta renda e posse de planos, tanto para a população geral^{228,244} quanto para o segmento de 60 anos e mais^{47,160,283}.

Em 2000, entre as mulheres do grupo Pb, 71,0% têm renda inferior a 1 SM e, entre os homens, 75,2% (Tabela 7). Em 2006, diminuem as proporções de mulheres com a menor renda entre os Pb. O mesmo não

ocorre entre os homens, e, simultaneamente, aumenta a proporção de mulheres com renda menor que um salário entre as que têm plano privado (Tabela 8).

Tabela 7 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo características sociodemográficas. Município de São Paulo, 2000.

Variáveis Sociodemográficas	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem		Pb	Pr
	Pb**	Pr***	Pb	Pr	Pb	Pr
Idade						
60-64	50,4	49,6	58,3	41,7	53,8	46,2
65-69	57,6	42,4	64,1	35,9	60,0	40,0
70-74	60,7	39,3	48,9	51,1	56,2	43,8
75-79	56,8	43,2	59,1	40,9	57,6	42,4
80 e +	61,2	38,8	56,1	43,9	59,8	40,2
Estado marital						
Casado	50,6	49,4	57,4	42,6	54,2	45,8
Divorciado / Separado	64,3	35,7	65,8	34,2	64,7	35,3
Viúvo	60,7	39,3	48,6	51,4	59,2	40,8
Solteiro	48,4	51,6	72,8	27,2	55,7	44,3
Escolaridade (em anos de estudo)						
Sem	79,6	20,4	75,0	25,0	78,1	21,9
1 a 3	60,5	39,5	70,6	29,4	64,5	35,5
4 a 7	51,7	48,3	58,4	41,6	54,1	45,9
8 e mais	16,4	83,6	26,4	73,6	21,7	78,3
Renda (em salários mínimos)						
Menor que 1	71,0	29,0	75,2	24,8	71,6	28,4
1 a 2,99	65,5	34,5	77,7	22,3	69,4	30,6
3 a 4,99	53,0	47,0	64,0	36,0	59,9	40,1
5 ou +	43,0	57,0	40,5	59,5	42,0	58,0
Renda suficiente						
Não	65,2	34,8	71,0	29,0	67,4	32,6
Sim	34,8	65,2	29,0	71,0	32,5	67,5
Situação econômica nos primeiros anos de vida						
Boa	56,4	43,6	51,7	48,3	54,8	45,2
Regular	50,6	49,4	52,4	47,6	51,3	48,7
Ruim	63,4	36,6	66,8	33,2	65,0	35,0
Fome nos primeiros anos de vida						
Não	54,6	45,4	54,9	45,1	54,7	45,3
Sim	59,2	40,8	64,8	35,2	61,6	38,4
Total	55,8	44,2	57,6	42,4	56,5	43,5

* Ambos os sexos

** Pb: sem plano de saúde

*** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

Tabela 8 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo características sociodemográficas. Município de São Paulo, 2006.

Variáveis Sociodemográficas	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem		Pb	Pr
	Pb**	Pr***	Pb	Pr	Pb	Pr
Idade						
60-64	46,2	53,8	60,5	39,5	52,3	47,7
65-69	45,9	54,1	65,8	34,2	53,4	46,6
70-74	53,3	46,7	40,7	59,3	48,4	51,6
75-79	50,2	49,8	57,7	42,3	52,7	47,3
80 e +	54,4	45,6	47,0	53,0	52,3	47,7
Estado marital						
Casado	41,2	58,8	56,6	43,4	50,3	49,7
Divorciado / Separado	62,6	37,4	69,8	30,2	64,7	35,3
Viúvo	52,2	47,8	52,0	48,0	52,2	47,8
Solteiro	42,4	57,6	72,8	27,2	51,6	48,4
Escolaridade (em anos de estudo)						
Sem	68,9	31,1	67,7	32,3	68,5	31,5
1 a 3	53,4	46,6	68,8	31,2	59,5	40,5
4 a 7	43,9	56,1	58,5	41,5	49,1	50,9
8 e mais	18,0	82,0	29,7	70,3	24,2	75,8
Renda (em salários mínimos)						
Menor que 1	58,7	41,3	81,6	18,4	62,3	37,7
1 a 2,99	48,8	51,2	69,8	30,2	58,0	42,0
3 a 4,99	36,8	63,2	41,8	58,2	39,4	60,6
5 ou +	16,1	83,9	27,3	72,7	22,7	77,3
Renda suficiente						
Não	55,5	44,5	63,7	36,3	58,7	41,3
Sim	41,5	58,5	48,7	51,3	44,2	55,8
Situação econômica nos primeiros anos de vida						
Boa	50,3	49,7	50,1	49,9	50,2	49,8
Regular	42,5	57,5	52,0	48,0	46,2	53,8
Ruim	56,2	43,8	65,9	34,1	60,6	39,4
Fome nos primeiros anos de vida						
Não	47,5	52,5	54,8	45,2	50,3	49,7
Sim	51,6	48,4	62,4	37,6	56,2	43,8
Total	45,7	51,3	56,7	43,3	51,8	48,2

* Ambos os sexos

** Pb: sem plano de saúde

*** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

A literatura mostra três possibilidades de explicação para este aparente paradoxo feminino.

A primeira é fundamentada por estudos onde se afirma que os custos privados com saúde, para as mulheres, podem ser suportados pela respectiva rede de suporte familiar^{96,97}. Segundo tais pesquisas, que focalizam a segmentação do mercado de planos no Brasil, os titulares com baixa renda aderem individualmente aos planos e tal decisão, frequentemente, decorre de estratégias familiares voltadas para a proteção de membros cujo estado de saúde seja considerado vulnerável.

A segunda possibilidade aparece em estudo do CEBRAP/FUNDAP^o em 2009⁶⁷, segundo o qual indivíduos com baixa renda podem sacrificar uma parte dela com o pagamento de planos privados de saúde. Tal atitude reflete um diferencial de gênero. Por darem mais importância às questões de saúde durante todo o curso de vida, as mulheres estão mais propensas a privilegiar o acesso a esse “bem”, na fase da velhice, mesmo que em detrimento do consumo de outros.

Em terceiro lugar, é possível que as pessoas com baixa renda estejam buscando os planos privados, motivadas, principalmente, pela expectativa de serem efetivamente atendidas e com melhor qualidade⁹⁶. Em complementação a essas explicações há estudos que mostram que famílias com idosos têm mais gastos com saúde, independente do nível de renda²⁶⁷ e que tem havido expansão da contratação de planos de saúde em todas as faixas de renda¹³⁰.

Em 2000, há maior proporção de Pb entre os que avaliam não ter renda suficiente para as despesas diárias: 65,2% entre as mulheres e 71,0% entre os homens (Tabela 7). Em 2006, as proporções baixam para 55,5% e 63,7%, respectivamente. Entre os Pr, se dá o inverso, aumentando a proporção dos que avaliam não ter renda suficiente. Em 2000, eles representavam 32,6% e em 2006 são 41,3%.

^o CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento); FUNDAP (Fundação do Desenvolvimento Administrativo), organizações vinculadas à Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo.

Há estudos que avaliam o impacto das políticas de transferência de renda para a população idosa, implementadas a partir da Constituição de 1988. Tais pesquisas afirmam que, em curto e médio prazo, essas políticas têm, efetivamente, beneficiado os mais pobres^{55,200}.

A autoavaliação da própria situação econômica é subjetiva enquanto a renda está relacionada com políticas macroeconômicas, cujos efeitos só podem ser avaliados em médio e longo prazo. Os dados da amostra em questão revelam que as políticas de transferência de renda voltadas ao segmento idoso a partir da Constituição de 1988 têm causado impacto positivo entre os usuários Pb.

Tais políticas baseiam-se em transferências diretas, como é o caso do Benefício de Prestação Continuada (BPC), garantido constitucionalmente a todas as pessoas com 65 anos ou mais, cuja renda *per capita* familiar seja igual ou inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, independente de terem contribuído para a previdência social.

Camarano e Pasinato⁵⁵, estudando o impacto da redução do limite de idade (de 70 para 65 anos) para recebimento do BPC, mostram que esta medida aumentou em 253% o número de beneficiários entre 1997 e 1999.

Neri e Soares²⁰⁰, ao considerarem o período 1997–2003, registram que o aumento passa para 648%. Além disso, a renda *per capita* de famílias com idosos foi, entre as famílias de todos os grupos etários, a que mais aumentou entre 1991 e 2003. No grupo de indivíduos com sessenta anos ou mais, a renda sofreu um incremento real de 43%, enquanto a variação para o grupo de 20 a 29 anos de idade foi de 19,3%. Quando se leva em conta a evolução do valor real do total de benefícios previdenciários – contributivos ou não – observa-se um incremento de 44,4% no período 1997–2003.

Estudo recente da Fundação Getúlio Vargas (FGV)²⁰¹ utilizou as bases de dados do IBGE do período 1998–2003, com o objetivo de comparar diferenças no estado de saúde entre beneficiários e não beneficiários de 65 anos e mais, de programas de transferência de renda. Nesse trabalho, apontaram-se ganhos diferenciados nas condições de saúde da população com idade mais avançada e renda mais baixa. Os

autores destacam o efeito positivo do aumento de renda nas condições de saúde de uma população já envelhecida e que teve todo o curso de vida marcado pela pobreza.

A literatura é clara no que diz respeito à contribuição dos programas de transferência de renda para a redução das desigualdades e quanto aos benefícios para o segmento idoso com menor renda. Além do mais, o salário mínimo sofreu aumento real – incrementos superiores às taxas de inflação do período – no intervalo 2000–2006.

A diferença entre os grupos Pr e Pb pode estar relacionada ao contexto macroeconômico. Enquanto o grupo Pb foi positivamente afetado por políticas de transferência de renda, o grupo Pr, mais envelhecido em 2006 e tendo contado com mais acesso a serviços privados ao longo da vida, pode ter aumentado seus gastos com saúde, ao passo que o valor de suas aposentadorias – que em muitos casos é desvinculado do salário mínimo – não contou com grandes variações.

Nas variáveis que se referem às condições de vida na infância, há maior proporção de indivíduos Pb – já referidos como menos escolarizados e com menor renda – nas respostas que demonstram situação econômica e nutricional ruim nos primeiros anos de vida. Este resultado mostra a manutenção das condições sociais menos favoráveis ao longo do curso de vida (Tabelas 7 e 8).

Não foram encontrados estudos que analisassem variáveis de vida pregressa em face da condição de usuário prioritário de plano privado de saúde. O que está documentado na literatura é a associação entre condições socioeconômicas no início do curso de vida e condições de saúde na vida adulta.

Diversos trabalhos fortalecem a hipótese de que a situação socioeconômica no início do curso de vida tem forte poder de explicação para os níveis de mortalidade e de estado de saúde na vida adulta e na velhice^{71,183,249,254}.

Os resultados apresentados pelo grupo de variáveis sociodemográficas ressaltam três pontos.

Em primeiro lugar, dentre os que mudaram para provedores privados, predominaram os mais idosos.

Em segundo, há mais mulheres no grupo Pr, mesmo quando são pouco escolarizadas e com baixa renda. Em terceiro, a escolaridade e a renda são fortes determinantes para a condição de titular de plano privado de saúde e as diferenças socioeconômicas tendem a perdurar ao longo do curso de vida.

A permanência dos mais escolarizados também pode ser vista quando se analisam as perdas em face da condição de Pb ou Pr. A maior proporção de perdas por óbito – 59,0% – ocorre entre os Pb, já caracterizados como menos escolarizados e com menor renda (Tabela 9).

Tabela 9 – Situação dos participantes da coorte, no segundo momento de coleta de dados, segundo sexo e provedor prioritário de serviços de saúde. Município de São Paulo, 2006.

Situação da coorte em 2006	Sexo				Total*(%)	
	Mulher (%)		Homem (%)			
	Pb*	Pr**	Pb	Pr	Pb	Pr
Entrevistado	49,8	50,2	53,6	46,4	51,3	48,7
Óbito	59,6	40,4	58,4	41,6	59,0	41,0
Outras perdas	39,9	60,1	46,8	53,2	42,4	57,6

* Pb: sem plano de saúde

** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

Bahia e cols.²⁹, em pesquisa com dados da PNAD 2003, sintetizaram o perfil dos indivíduos que tinham planos de saúde como predominantemente mulheres, com idade mais avançada, maior renda familiar *per capita* e maior escolaridade.

Segundo Pinto e Soranz²²⁸, os beneficiários de planos privados são pessoas de maior renda familiar, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho e moradores das capitais e regiões metropolitanas, locais em que o acesso à rede credenciada de prestadores

de serviços e o número médio de prestadores por operadora é superior àquele observado nos municípios de menos de 80.000 habitantes.

Tendo em vista os resultados apresentados, confirmou-se a hipótese de que os usuários prioritários de provedores de natureza privada apresentam características socioeconômicas mais favoráveis.

7.1.2 – Caracterização quanto às condições de saúde

Foram analisados quatro grupos de variáveis que fornecem informações acerca das condições de saúde e de utilização de serviços, abrangendo a morbidade referida; a autoavaliação de saúde; o relato de dificuldade para execução de atividades básicas da vida diária e um bloco de variáveis acerca das condições de uso de serviços de saúde, incluindo ações de prevenção.

7.1.2.1 – Morbidade referida

O aumento do relato de morbidade é esperado, na medida em que aumenta a idade. No intervalo 2000–2006, houve crescimento nas proporções de todas as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) consideradas, com exceção das doenças respiratórias crônicas¹⁵⁵.

O crescimento da morbidade também aparece quando se considera a prevalência de DCNT em cada subgrupo (Tabela 10).

Tabela 10 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo morbidade referida. Município de São Paulo, 2000 e 2006.

	2000		2006	
	Pb	Pr	Pb	Pr
Hipertensão	52,6	42,8	62,2	63,0
Diabetes	18,6	16,9	21,4	21,6
Câncer	1,8	3,5	4,4	6,2
Doença do pulmão	9,3	14,6	11,2	10,5
Doença do coração	17,1	16,2	21,4	24,4
Embolia / derrame	6,0	5,4	9,6	7,8
Artrite artrose	33,7	30,5	31,1	38,1
Osteoporose	12,2	20,8	15,7	30,4
Quedas	24,2	26,7	29,5	32,7
Número de doenças referidas				
0	26,4	21,1	18,6	13,4
1 a 2	53,6	56,0	57,6	53,9
3 e +	20,0	22,9	23,7	32,7

(*) Pb: sem plano de saúde

(**) Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

Há maior prevalência de hipertensão, diabetes, doença do coração, embolia/derrame e artrite/artrose no grupo Pb em 2000. Em 2006, algumas proporções foram semelhantes – hipertensão, diabetes, doença do pulmão – com um ligeiro aumento, para o grupo Pr, no relato de doença do coração e de quedas. Os maiores incrementos para o grupo Pr ocorreram nas proporções de artrite/artrose e osteoporose. O relato de câncer, osteoporose e quedas foi superior para este grupo, em ambos os momentos (Tabela 10).

A ausência de relato de doença referida (categoria = 0) diminuiu, para os dois grupos, em 2006. O relato de uma a duas enfermidades é semelhante entre os grupos, em ambos os períodos e, em 2006, há crescimento considerável da proporção de relato de 3 e mais doenças – de 22,9% em 2000 para 32,7% em 2006 – no grupo Pr (Tabela 10).

Os dados apresentados não permitem o estabelecimento de relações lineares entre doenças crônicas e provedor prioritário de serviços de saúde. O que fica claro é a semelhança entre os grupos, em doenças e agravos de

alta prevalência na velhice – hipertensão e diabetes – e a maior proporção de relato de doenças que requerem diagnósticos mais complexos – câncer e osteoporose – para o grupo Pr.

Há poucos estudos que abordam o relato de doenças crônicas em face da condição de titular de plano de saúde. Um estudo que compara dados das PNAD 2003 e 2008¹³⁰, com o objetivo de traçar um perfil dos beneficiários de planos, afirma que há maior presença de doentes crônicos entre a população que tem planos privados. Destacam que o maior acesso a diagnósticos, pelos titulares de planos, facilitaria a detecção precoce de enfermidades e que este segmento é, em média, mais envelhecido, quando comparado com a outra parte da população.

Estudos de mortalidade, tais como o de Sasson e cols. em 2006²⁵⁷, fornecem dados indiretos acerca da prevalência de doenças crônicas e do acesso a cuidados de saúde. Estes autores compararam níveis de mortalidade entre população brasileira geral e população beneficiária de planos de saúde. Encontraram que o risco de morte por doenças circulatórias (cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração) é similar nos dois grupos. A diferenciação ocorre na análise por sexo: a mortalidade proporcional por doenças cerebrovasculares é maior para o sexo feminino (33,1%), enquanto para os homens esta é maior por doenças isquêmicas do coração (33,3%).

As neoplasias representam 13,8% das causas de morte na população geral e 21,3% na população beneficiária de planos privados. Tal diferença pode ser atribuída à maior concentração de idosos com planos de saúde, dado que a frequência de neoplasias aumenta conforme a idade. Outro fator seria a diferenciação socioeconômica. Os beneficiários de planos, por terem melhores condições de vida, morrem em idades mais avançadas por neoplasias e, conseqüentemente, apresentam menor mortalidade por outras causas²⁵⁷.

Quando se analisa a partir da condição de ter ou não ter plano, as doenças articulares diminuem no grupo Pb e aumentam consideravelmente no grupo Pr, entre um período e outro de coleta de dados. O relato de

artrite/artrose, em 2000, entre os indivíduos do grupo Pb era de 58,7%. Em 2006 foi de 46,1%. A osteoporose, que era 43%, passa a ser 35,2%. Entre os titulares de planos ocorre o contrário: a proporção de relato de artrite/artrose, que era 41,3% em 2000, passa para 53,9% em 2006; a osteoporose, que era relatada por 57%, passa para 64,8% em 2006 (Tabelas 11 e 12).

Tabela 11 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e morbidade referida. Município de São Paulo, 2000.

Morbidade Referida	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem		Pb	Pr
	Pb**	Pr***	Pb	Pr	Pb	Pr
Hipertensão						
Não	54,0	46,0	60,1	39,9	56,5	43,5
Sim	57,2	42,8	54,7	45,3	56,3	43,7
Diabetes						
Não	54,1	45,9	58,6	41,4	55,9	44,1
Sim	62,3	37,7	51,2	48,8	58,7	41,3
Câncer						
Não	56,3	43,7	58,0	42,0	57,0	43,0
Sim	43,5	56,5	29,1	70,9	40,0	60,0
Doença do pulmão						
Não	57,3	42,7	59,0	41,0	58,0	42,0
Sim	42,6	57,4	49,0	51,0	45,4	54,6
Doença do coração						
Não	54,7	45,3	58,3	41,7	56,0	44,0
Sim	60,5	39,5	54,1	45,9	57,8	42,2
Embolia/derrame						
Não	55,7	44,3	57,5	42,5	56,4	43,6
Sim	59,4	40,6	59,3	40,7	59,4	40,6
Artrite/artrose						
Não	54,3	45,7	55,9	44,1	55,0	45,0
Sim	57,5	42,5	62,6	37,4	58,7	41,3
Osteoporose						
Não	59,5	40,5	58,0	42,0	58,8	41,2
Sim	44,1	55,9	30,6	69,4	43,0	57,0
Queda						
Não	56,8	43,2	58,1	41,9	57,3	42,7
Sim	53,7	46,3	55,2	44,8	54,1	45,9
Número de doenças referidas						
0	61,3	38,7	62,5	37,5	61,9	38,1
1 a 2	54,6	45,4	56,8	43,2	55,5	44,5
3 e +	54,6	45,4	49,5	50,5	53,2	46,8
Total	55,8	44,2	57,6	42,4	56,5	43,5

* Ambos os sexos

** Pb: sem plano de saúde

*** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

Tabela 12 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e morbidade referida. Município de São Paulo, 2006.

Morbidade Referida	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem		Pb	Pr
	Pb**	Pr***	Pb	Pr	Pb	Pr
Hipertensão						
Não	48,2	51,8	58,6	41,4	52,4	47,6
Sim	48,9	51,1	55,8	44,2	51,6	48,4
Diabetes						
Não	48,0	52,0	57,4	42,6	51,8	48,2
Sim	50,6	49,4	53,0	47,0	51,4	48,6
Câncer						
Não	48,6	51,4	58,0	42,0	52,3	47,7
Sim	51,6	48,4	25,8	74,2	43,3	56,7
Doença do pulmão						
Não	48,5	51,5	56,9	43,1	51,7	48,3
Sim	50,8	49,2	57,0	43,0	53,6	46,4
Doença do coração						
Não	48,5	51,5	59,1	40,9	52,5	47,5
Sim	48,5	51,5	48,0	52,0	48,3	51,7
Embolia/derrame						
Não	48,1	51,9	56,6	43,4	51,3	48,7
Sim	56,0	44,0	57,7	42,3	56,9	43,1
Artrite / artrose						
Não	52,1	47,9	55,9	44,1	53,8	46,2
Sim	42,8	57,2	56,6	43,4	46,1	53,9
Osteoporose						
Não	55,9	44,1	56,3	43,7	56,1	43,9
Sim	34,3	65,7	44,8	55,2	35,2	64,8
Queda						
Não	49,4	50,6	57,7	42,3	53,0	47,0
Sim	47,6	52,4	53,5	46,5	49,2	50,8
Número de doenças referidas						
0	57,6	42,4	62,2	37,8	60,0	40,0
1 a 2	50,7	49,3	57,4	42,6	53,5	46,5
3 e +	42,0	58,0	48,5	51,5	43,8	56,2
Total	45,7	51,3	56,7	43,3	51,8	48,2

* Ambos os sexos

** Pb: sem plano de saúde

*** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

Não sendo plausível esperar a cura de doenças crônicas e uma vez que o relato das mesmas cresceu entre os que tinham planos de saúde, é necessário lembrar que tais dados são obtidos com base em informação dada, ao entrevistado, por médico ou enfermeiro. Sendo assim, é possível que tenha havido incremento na proporção de diagnósticos e que os participantes deste grupo tenham conseguido maior acesso a recursos para realizá-los. Alguns trabalhos relatam que a população coberta por planos procura mais os serviços de saúde, o que aumenta suas chances de ter mais diagnósticos e informações acerca da própria saúde^{27,160}.

Quando se leva em consideração o sexo, há maior relato de hipertensão, diabetes e doença do coração entre as mulheres do grupo Pb, em 2000. Em 2006, esse cenário se modifica, havendo menores proporções de mulheres com hipertensão e diabetes e percentuais semelhantes aos de 2000 para as doenças do coração. A ocorrência de embolia/derrame é muito próxima, nos dois períodos, tanto para homens quanto para mulheres do grupo Pb (Tabelas 11 e 12).

Tal resultado pode ser atribuído a um viés de sobrevivência na coorte. O maior percentual de perdas por óbito ocorreu no grupo Pb (Tabela 9 do item 7.1.1) e havia altas proporções de referência de doenças cardiovasculares para as mulheres, em 2000. Essas enfermidades são responsáveis pelas maiores frequências de mortalidade entre idosos no Brasil.

Em 2000 há menor relato de hipertensão, diabetes, câncer, doença do coração e osteoporose entre as mulheres Pr e mais doença do pulmão, artrite/artrose e episódios de queda, em comparação aos homens do mesmo grupo. As proporções de embolia/derrame, novamente, são de magnitude semelhante (Tabela 11).

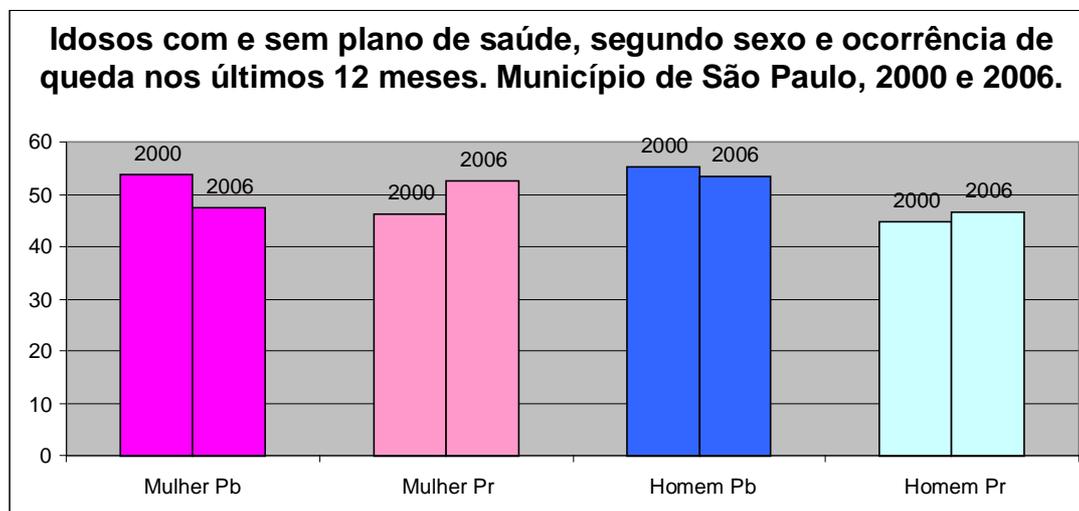
Em 2006, para o sexo feminino, há proporções próximas no relato de diabetes (50,6% e 49,4%), câncer (51,6% e 48,4%) e doença do coração (50,8% e 49,2%) entre Pr e Pb. Há menores proporções de embolia/derrame para as mulheres do grupo Pr e o relato de osteoporose entre estas (65,7%)

é maior que o dos homens de ambos os grupos e quase o dobro da proporção entre as mulheres Pb (34,3%) (Tabela 12).

As mulheres relatam mais doenças em ambos os grupos, resultado coerente com a tendência feminina de recorrer mais aos serviços de saúde e, portanto, ter mais acesso a diagnósticos^{64,146,179,277,284,285}. No caso do alto relato de osteoporose entre as mulheres do grupo Pb, pode-se supor que esteja vinculado ao acesso a um diagnóstico cuja realização demanda procedimentos dependentes de recursos tecnológicos de média complexidade.

Chama a atenção o fato de haver mais episódios de queda no grupo Pb para o sexo masculino. A proporção de queda para os homens deste grupo é a maior, entre os quatro considerados, nos dois períodos. Em 2000, entre os que caíram nos últimos 12 meses, 55,2% são homens Pb e, em 2006, 53,5 % (Figura 2).

Figura 2



Fonte: Estudo SABE

Há extensa e diversificada literatura a respeito da ocorrência de quedas em pessoas idosas, desde trabalhos que analisam um pequeno número de sujeitos, selecionados por conveniência, até os que estudam grupos representativos de populações, em estudos epidemiológicos

transversais ou de coorte^{56,70,94,205,219,231,250}. A maioria dos estudos com idosos residentes na comunidade mostra que ser do sexo feminino é um fator de risco para quedas^{35,219,270}. De qualquer forma, há trabalhos que relativizam a influência do sexo^{242,271} ou que encontram resultados semelhantes ao da presente pesquisa¹⁷³.

Skelton e Todd²⁷¹ compilaram estudos de revisão sistemática e trabalhos considerados por eles como “estudos-chave” publicados em língua inglesa, concluindo que as taxas de queda são similares, para ambos os sexos, entre os indivíduos com menos de 80 anos e maiores para as mulheres, a partir desse marco etário.

Reys-Ortiz, Al Snih e Markides²⁴², utilizando a base total do SABE 2000, coletada em sete centros urbanos da América Latina e Caribe (9.765 pessoas com 60 anos e mais) concluíram que a prevalência de quedas apresenta grande variação entre os países estudados e que ser mulher está associado à maior chance de cair, em todos eles. Entretanto, idade, sintomas depressivos e dificuldade na realização de ABVD têm maior poder explicativo, quando comparados com o sexo.

Maciel e cols.¹⁷³, em estudo retrospectivo com dados de mortalidade de idosos residentes nas capitais brasileiras, período 1996–2005, encontrou que 22,5% dos óbitos por causas externas em idosos são atribuídos a quedas e que estas, além de mais prevalentes, são mais letais para o sexo masculino.

Quando se considera a comorbidade, por meio da variável *número de doenças referidas*, percebe-se um comportamento contraditório entre os grupos. Dentre os que referem doenças (1 a duas ou 3 e mais), há maiores proporções de Pb, tanto em 2000 quanto em 2006. Entretanto, os Pb também são maioria entre os que não referem qualquer doença (categoria = 0 doenças). Essa contradição permite supor que não referir doença não significa que a pessoa, efetivamente, não tenha enfermidades e sim que não teve acesso a diagnóstico.

Corroborando o raciocínio acerca do desconhecimento sobre o próprio estado de saúde, observa-se que os titulares de planos privados

relatam maiores proporções de doenças que requerem recursos diagnósticos de maior complexidade, tais como câncer e osteoporose (Tabelas 11 e 12).

As diferenças encontradas estão ligadas a comportamentos associados aos determinantes sociais de saúde, ou seja, às “causas das causas”, definidas por Marmot¹⁸² como as condições socialmente determinadas, nas quais as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem.

De modo geral, a literatura refere que mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens^{225,284,285}. Considerando as características sociais e econômicas dos homens pertencentes ao grupo Pb – menor renda e escolaridade – e estudos que relatam a ocorrência de desigualdade social no acesso aos serviços de saúde^{6,168,276,285}, é possível supor que há maior dificuldade de acesso aos provedores de natureza pública e que esta contribui para menores níveis de diagnóstico da morbidade masculina. Portanto, não se pode concluir, pelos dados aqui apresentados, que os homens do grupo Pb têm menos doenças. É mais provável que eles tenham menos diagnósticos e que estejam menos informados quanto ao seu real estado de saúde.

Quando se analisa isoladamente a carga de morbidade referida (Tabela 10), é plausível supor que há diferenças associadas ao acesso a serviços e aos diagnósticos, bem como aos determinantes sociais de saúde, o que leva a supor que a posse de plano privado é apenas um entre os diversos fatores que se inter-relacionam na determinação das formas de prevenção, adoecimento, cura e mortalidade entre pessoas idosas.

Os resultados aqui encontrados revelam diferenças, sob vários aspectos, entre os grupos Pr e Pb e, portanto, refutam a hipótese formulada para a morbidade autorreferida.

7.1.2.2 – Autoavaliação de saúde

A autoavaliação de saúde é uma medida consistente das reais condições dos indivíduos e costuma apresentar resultados semelhantes ao de avaliações objetivas^{43,127,155, 216,238}.

A amostra analisada tem, de modo geral, autoavaliação positiva da própria saúde. Para o momento da entrevista, 44,7%, em 2000, e 44,6%, em 2006, referem a categoria “boa/muito boa”. Quando comparam a condição atual com a de 12 meses atrás, 54%, em 2000, e 53,8%, em 2006, consideram não ter havido mudança. Quando se comparam com pessoas de mesma idade, 58,9%, em 2000, e 59%, em 2006, se avaliam em melhores condições¹⁵⁵ (Tabelas 13 e 14).

Para a variável autoavaliação de saúde, no momento da entrevista, na comparação grupo Pb *versus* Pr, há maiores proporções de avaliações “ruim/péssima” e “regular” dentre os indivíduos Pb, tanto em 2000 quanto em 2006. Na categoria “boa/excelente” as proporções são quase iguais em 2000 e ligeiramente superiores para o grupo Pr em 2006 (Tabelas 13 e 14).

Em 2000 há mais mulheres do grupo Pb com avaliação negativa, quando comparadas com os homens (77,9% e 49,9%, respectivamente). Por conseguinte, a situação se inverte no grupo Pr onde, dentre os homens, 50,1% consideram a saúde atual como ruim/péssima e, dentre as mulheres, apenas 22,1% (Tabela 13). Em 2006, há menor proporção de mulheres Pb com autoavaliação “ruim/péssima” (53,4%) em relação aos homens do mesmo grupo (61,1%), e a maior proporção de avaliação “boa/excelente” está entre as mulheres do grupo Pr (Tabela 14).

Tabela 13 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e autoavaliação de saúde. Município de São Paulo, 2000.

Autoavaliação de saúde	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem		Pb	Pr
	Pb**	Pr***	Pb	Pr		
Atual						
Ruim / péssima	77,9	22,1	49,9	50,1	69,4	30,6
Regular	60,6	39,4	63,5	36,5	61,6	38,4
Boa / excelente	46,8	53,2	53,5	46,5	49,7	50,3
Em relação a pessoas de mesma idade						
Pior	70,2	29,8	79,9	20,1	72,1	27,9
Igual	53,7	46,3	62,0	38,0	57,5	42,5
Melhor	54,3	45,7	53,6	46,4	54,0	46,0
Em relação a si, há 12 meses						
Pior	60,3	39,7	56,1	43,9	58,6	41,4
Igual	51,0	49,0	55,6	44,4	53,0	47,0
Melhor	60,1	39,9	64,0	36,0	56,5	43,5
Total	55,8	44,2	57,6	42,4	56,5	43,5

* Ambos os sexos

** Pb: sem plano de saúde

*** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

Tabela 14 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e autoavaliação de saúde. Município de São Paulo, 2006.

Autoavaliação de saúde	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem		Pb	Pr
	Pb**	Pr***	Pb	Pr		
Atual						
Ruim / péssima	53,4	46,6	61,1	38,9	68,1	31,9
Regular	55,0	45,0	57,7	42,3	56,3	43,7
Boa / excelente	40,1	59,9	55,3	44,7	45,3	54,7
Em relação a pessoas de mesma idade						
Pior	57,2	42,8	63,0	37,0	58,8	41,2
Igual	46,1	53,9	54,4	45,6	49,7	50,3
Melhor	48,4	51,6	54,8	45,2	50,9	49,1
Em relação a si, há 12 meses						
Pior	45,0	55,0	50,6	49,4	47,0	53,0
Igual	45,9	54,1	55,7	44,3	50,0	50,0
Melhor	54,8	45,2	63,0	37,0	57,6	42,4
Total	45,7	51,3	56,7	43,3	51,8	48,2

* Ambos os sexos

** Pb: sem plano de saúde

*** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

Embora a literatura mostre que a avaliação negativa da saúde costuma ser mais frequente entre as mulheres^{52,238}, este estudo revela que na categoria específica das mulheres com planos de saúde, no ano de 2006, há maiores proporções de avaliação positiva, em comparação com os homens do mesmo grupo. Ressalte-se que tais mulheres já foram caracterizadas, na análise das variáveis sociodemográficas, como solteiras, mais escolarizadas e com maior renda.

Em 2006 há uma ligeira diminuição nas proporções de avaliação negativa entre os Pb e aumento entre os Pr. De qualquer forma, as autoavaliações mais favoráveis ainda representam mais de 40% em todas as categorias, para os Pr. Na comparação com pessoas de mesma idade, em 2000, dentre os que se consideram em pior situação que os respectivos pares, 72,1% são do grupo Pb. Na comparação entre sexos, quase 80% dos homens do grupo Pb, em 2000, se consideram na categoria “pior”. Embora essa proporção diminua em 2006, continua sendo a maior entre todos os subgrupos (63,0%) (Tabelas 13 e 14).

Quando a comparação é consigo mesmo, nos 12 meses anteriores, há uma melhoria no grupo Pb. Em 2000, dentre os Pb, 58,6% se consideravam pior, e, em 2006, apenas 47% se autoavaliam dessa forma. Na comparação por sexo, as mulheres continuam com piores autoavaliações, quando comparadas com os homens do seu grupo em 2000 (60,3% *versus* 58,6%). Entretanto, em 2006, há menor proporção de mulheres Pb na categoria “pior”. Elas representam 45,0%, e os homens, 50,6% (Tabelas 13 e 14).

De modo geral, as variáveis de autoavaliação revelaram percepções de saúde desfavoráveis também para o sexo masculino. Esse resultado vai ao encontro do estudo de Lima-Costa, Barreto e Giatti¹⁶², realizado com os 29.976 participantes idosos da PNAD 1998. Naquele trabalho as autoras relatam que a percepção de saúde piora com a idade, entre os homens, sendo que o mesmo não ocorre entre as mulheres.

Há estudos que relatam maiores níveis de avaliação negativa da própria saúde por mulheres^{52,238}, porém as variáveis com maior poder de

explicação estão relacionadas a outros fatores tais como a presença de doenças crônicas, determinantes sociais ou níveis de dificuldade na execução de atividades de vida diária^{38,263,272}.

Scott e cols.²⁶³, trabalhando com amostra representativa da população norte-americana, aplicaram uma escala unidimensional composta por 10 itens e não encontraram diferenças na autopercepção de saúde relatada por homens ou mulheres. Esta variável, categorizada em boa ou ruim, obteve 70% e 69% de respostas para a categoria *boa*, entre mulheres e homens, respectivamente.

Sousa e cols.²⁷², em estudo transversal de base populacional realizado em 18 capitais brasileiras, envolvendo 26.424 pessoas maiores de 15 anos, de ambos os sexos, encontraram que as piores condições de saúde são referidas por mulheres, indivíduos com 50 anos ou mais e com menor grau de escolaridade. No presente estudo, além de todos os participantes terem 60 anos e mais, os menores níveis de escolaridade estão entre os usuários Pb.

A pesquisa de Barreto e Figueiredo³⁸, envolvendo uma amostra de 39.821 pessoas com doenças crônicas, maiores de 30 anos, em 27 capitais brasileiras, encontrou que os homens têm piores percepções de saúde, quando comparados com as mulheres, na presença de doença crônica.

O resultado encontrado contraria a literatura que relata pior avaliação da própria saúde predominantemente para o sexo feminino^{52,238}. Entretanto, está de acordo com os dados referentes à idade e à escolaridade dos participantes do sexo masculino, já referidos nas análises anteriores como pouco escolarizados.

Não foram encontrados trabalhos que analisem a autoavaliação em face da condição de titular de plano privado para pessoas de 60 anos e mais. Entretanto, essa variável é destacada em dois estudos epidemiológicos que investigaram condições sociodemográficas e de saúde em pessoas idosas com e sem plano privado^{29,47}.

Bahia e cols.²⁹, em pesquisa que utilizou a base de dados da PNAD 2003, com o objetivo de verificar o perfil sociodemográfico e as condições de

saúde associados aos diferentes tipos de planos privados, verificaram uma clara tendência de diminuição da autopercepção como boa na medida em que aumenta a idade, tanto para quem tem plano como para quem não tem. Observaram, ainda, que indivíduos cobertos por planos e seguros relataram melhor autopercepção de seu estado de saúde, especialmente os que tinham doenças diagnosticadas. Entre os maiores de 65 anos declarados hígidos, a boa percepção é significativamente superior (cerca de 80%) para quem tem plano privado, quando comparado com quem não tem.

Bos e Bos⁴⁷, em 2004, analisaram fatores que influenciam a escolha do local de atendimento e compararam o impacto das rendas individual e familiar do idoso sobre tal decisão, em amostra de 7.920 idosos participantes de pesquisa realizada pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul. No que tange à autoavaliação de saúde, não houve associação significativa com renda familiar. Entretanto, comparando os resultados do modelo estatístico completo com o modelo sem renda, observaram que, em quase todas as variáveis, o valor das razões de chance é alterado – em maior ou menor grau – indicando que a renda afeta a maneira como tais variáveis influenciam a escolha do local de atendimento. Destacaram, ainda, que, no modelo sem renda, a avaliação pessoal da saúde se tornou significativa, ou seja, sem a influência da renda, a autoavaliação de saúde é determinante na escolha de local de atendimento.

Os resultados da análise desse bloco de variáveis estão em conformidade com os já descritos para a situação sociodemográfica e de níveis de morbidade. A autoavaliação de saúde apresenta diferenças quando se comparam indivíduos com e sem plano privado de saúde e estas tendem a ser favoráveis ao primeiro grupo.

7.1.2.3 – Dificuldades na execução de Atividades Básicas de Vida Diária

Este grupo de variáveis fornece informações fundamentais para a avaliação do estado de saúde das pessoas idosas, por refletirem o seu

desempenho na execução de atividades diretamente associadas à manutenção da independência.

A maioria dos idosos da amostra (98%) era independente, sendo que 1,1% estava acamado e 0,9% era cadeirante¹⁵⁵.

Em ambos os momentos do estudo, os idosos com planos relatam menores níveis de dificuldade na realização de ABVD (Tabelas 15 e 16). Tal resultado vai ao encontro de trabalhos que relatam a associação positiva entre declínio funcional e características socioeconômicas desfavoráveis^{213, 249}. Entretanto, nota-se menor proporção de relato de dificuldade para o grupo Pb em 2006, ao passo que o grupo Pr se comportou como esperado, apresentando crescimento no relato de dificuldade após um período de seis anos.

Tabela 15 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e relato de dificuldade em ABVD. Município de São Paulo, 2000.

Dificuldades na execução de Atividades de Vida Diária	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem		Pb	Pr
	Pb**	Pr***	Pb	Pr	Pb	Pr
Atravessar um quarto caminhando						
Sim	74,8	25,2	61,3	38,7	69,7	30,3
Não	55,3	44,7	57,5	42,5	56,2	43,8
Vestir-se						
Sim	69,3	30,7	58,2	41,8	64,2	35,8
Não	53,8	46,2	51,2	48,8	55,6	44,4
Tomar banho						
Sim	76,6	23,4	56,1	43,9	70,9	29,1
Não	55,0	45,0	57,7	42,3	56,0	44,0
Comer						
Sim	55,6	44,4	69,8	30,2	61,5	38,5
Não	55,8	44,2	57,3	42,7	56,4	43,6
Deitar / levantar						
Sim	65,0	35,0	56,3	43,7	63,3	36,7
Não	54,8	45,2	57,7	42,3	56,0	44,0
Ir ao banheiro						
Sim	75,8	24,2	37,6	62,4	65,4	34,6
Não	55,3	44,7	58,0	42,0	56,3	43,7
Número de dificuldades						
Nenhuma	53,3	46,7	57,9	42,1	55,2	44,8
1 dificuldade	65,2	34,8	53,6	46,4	62,2	37,8
2 ou mais dificuldades	68,2	31,8	58,5	41,5	65,6	34,4
Total	55,8	44,2	57,6	42,4	56,5	43,5

* Ambos os sexos

** Pb: sem plano de saúde

*** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

Tabela 16 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e relato de dificuldade em ABVD. Município de São Paulo, 2006

Dificuldades na execução de Atividades de Vida Diária	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem			
	Pb**	Pr***	Pb	Pr	Pb	Pr
Atravessar um quarto caminhando						
Sim	59,2	40,8	78,5	21,5	64,6	35,4
Não	47,5	52,5	55,3	44,7	50,6	49,4
Vestir-se						
Sim	50,7	49,3	65,0	35,0	54,4	45,6
Não	48,0	52,0	55,4	44,6	51,1	48,9
Tomar banho						
Sim	56,6	43,4	74,4	25,6	61,9	38,1
Não	47,6	52,4	55,2	44,8	50,6	49,4
Comer						
Sim	51,5	48,5	79,8	20,2	60,4	39,6
Não	48,5	51,5	55,8	44,2	51,4	48,6
Deitar / levantar						
Sim	52,7	47,3	63,7	36,4	55,2	44,8
Não	47,6	52,4	56,0	44,0	51,1	48,9
Ir ao banheiro						
Sim	60,2	39,8	74,5	25,5	63,3	36,7
Não	47,3	52,7	55,9	44,1	50,8	49,2
Número de dificuldades						
Nenhuma	47,8	52,2	55,7	44,3	51,2	48,8
1 dificuldade	44,4	55,6	45,5	54,5	44,6	55,4
2 ou mais dificuldades	55,0	45,0	73,2	26,8	59,6	40,4
Total	45,7	51,3	56,7	43,3	51,8	48,2

* Ambos os sexos

** Pb: sem plano de saúde

*** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

Uma possível explicação para o resultado encontrado entre os idosos do grupo Pb seria o viés de sobrevivência. Aqueles que faleceram durante o seguimento da coorte tinham maiores níveis de dificuldade na execução de ABVD em 2000. A tabela 17 mostra que, dentre os que tinham dificuldade

para atravessar um quarto andando, tomar banho, comer e ir ao banheiro, mais de 60% foram a óbito entre 2000 e 2006. Sendo assim, é possível supor que aqueles que permaneceram na coorte e foram entrevistados em 2006 pertencem ao grupo dos que tinham menos comprometimentos funcionais e, mesmo mais envelhecidos, não apenas mantiveram bons desempenhos na execução de ABVD como se autoavaliaram de maneira otimista.

Tabela 17 – Proporção (%) de dificuldade em ABVD no ano 2000, segundo a situação na coorte na segunda coleta de dados. Município de São Paulo, 2006.

ABVD	Entrevistado (%)	Óbito (%)	Outras perdas (%)
Atravessar um quarto caminhando	28,2	65,4	6,4
Vestir-se	47,2	39,3	13,5
Tomar banho	28,4	62,9	8,7
Comer	32,8	63,8	3,4
Deitar/levantar	46,8	38,3	14,9
Ir ao banheiro	27,0	62,3	9,7

Fonte: Estudo SABE

Rosa e cols.²⁴⁹, em pesquisa que objetivou analisar a capacidade funcional de idosos, considerando os fatores relacionados com o contexto social e econômico, observaram que ser analfabeto, não ser proprietário do imóvel onde reside e não visitar parentes e amigos, entre outros, associavam-se de modo independente com a incapacidade moderada/grave. Segundo aqueles autores, é possível que esses fatores retratem, principalmente, as condições ao longo do curso de vida, que parecem influenciar a capacidade funcional em idades mais avançadas.

Parahyba²¹³, em estudo com dados da PNAD 1998, encontrou associação entre desempenho em ABVD e renda familiar *per capita*. Entre os mais idosos (80 anos e mais), para os quais se espera maior carga de declínio, a renda foi uma condição importante e houve expressiva redução nas taxas de prevalência de dificuldades em ABVD nos grupos de renda

familiar elevada. Entre as pessoas de 85 anos ou mais, a prevalência de dificuldade funcional foi 53,1%, entre os homens, e 72,0%, entre as mulheres, no grupo dos mais pobres. A proporção cai para 39,2% e 48,3%, respectivamente, no grupo de maior renda²¹³. Embora tenha havido crescimento significativo da proporção de idosos com algum tipo de dificuldade, conforme aumentou a idade, a autora ressaltou que a dificuldade funcional não é um resultado inevitável do envelhecimento *per se*. No mesmo estudo foram encontrados grupos de indivíduos com idade avançada que não relatavam dificuldades, seja para atividades básicas, instrumentais ou de mobilidade.

Em 2000 as mulheres do grupo Pb relataram maiores proporções de dificuldades em todas as ABVDs – exceção à variável “comer” – na comparação com qualquer dos subgrupos. Em 2006 elas continuam com as maiores proporções de dificuldades nas variáveis “vestir-se”, “tomar banho” e “ir ao banheiro”, mas os homens Pb passam a ter as maiores proporções em “atravessar um quarto”, “comer” e “deitar/levantar” (Tabelas 15 e 16).

Em 2000, os resultados estão em conformidade com a literatura que aponta maior referência de dificuldades em ABVD para as mulheres e que ela aumenta com a idade^{59,162,213}. Por outro lado, em 2006 revela-se a fragilidade dos homens do grupo Pb, no momento em que a coorte está mais envelhecida. Esse resultado leva a crer que, no caso das ABVDs, a influência do provedor prioritário pode superar as questões de gênero.

Tendo em vista a influência da carga de doenças sobre a capacidade funcional, este resultado está de acordo com a interpretação apresentada na análise da morbidade referida. Os homens do grupo Pb têm menor acesso a diagnósticos e, dessa forma, suas enfermidades se agravam de tal modo que eles se apresentam como um grupo vulnerável, em termos de capacidades funcionais.

Não foram encontrados, para fins de comparação, estudos com objetivos semelhantes ao deste trabalho, onde se buscou verificar a evolução dos níveis de dificuldades em um grupo específico de variáveis,

acompanhando uma coorte ao longo de seis anos e ainda levando em conta a condição de titular de plano privado de saúde.

Há estudos que analisam o desempenho da população idosa brasileira na realização de ABVD^{59,162,213}. Em sua maioria, são desenhados de modo a verificar associações com dados sociodemográficos e não objetivam investigar questões relativas à natureza do provedor prioritário de serviços de saúde.

Lima-Costa, Barreto e Giatti¹⁶², trabalhando com as mesmas variáveis aqui analisadas, afirmam que o nível de dificuldade aumenta conforme a idade. Ressalte-se que se trata de estudo transversal com a base de dados da PNAD 1998. Embora tenham encontrado maiores níveis de dificuldade, conforme aumentava a idade do segmento populacional, tratava-se de grupos diferentes de indivíduos.

Parahyba²¹³, em estudo já citado, reforça a associação entre desigualdade econômica e desempenho em ABVD: a maior desigualdade esteve associada a piores desempenhos.

Cardoso e Costa⁵⁹ avaliaram uma amostra censitária de usuários de um plano privado de saúde, encontrando associação entre prevalência de incapacidade funcional e idade. Entretanto, esta só era válida para o grupo de 80 anos e mais. Os autores concluem que a incapacidade funcional em populações com condições socioeconômicas favoráveis ocorre em fase tardia do curso de vida.

Os resultados encontrados para esse grupo de variáveis, portanto, privilegiam a relação com dados socioeconômicos em detrimento da relação com idade ou sexo.

7.1.2.4 – Uso de serviços de saúde e ações de prevenção

Este grupo de variáveis considerou fatores-chave relacionados com a diferenciação entre uso de serviços de natureza pública ou privada. Estudos relatam que variáveis construídas a partir de dados tais como tempo de espera para marcar consulta e para ser atendido ou atenção dada pelo médico (traduzida sob a forma de pedido de exames, por exemplo) são

consideradas como definidoras de um padrão superior no atendimento realizado por provedores de natureza privada^{96,160}.

Além das variáveis comumente associadas à utilização de serviços, foram descritos os resultados relativos à realização de ações de prevenção que demandam recursos tecnológicos e humanos existentes em serviços de saúde e que devem estar disponíveis – em alguns casos, até por força de lei^P – tanto para acesso via provedores de natureza pública quanto privada.

No que diz respeito ao tempo de espera para ter acesso ao serviço em 2000, 80,4% dos que relataram mais de 90 dias de espera entre o agendamento e o efetivo atendimento são do grupo Pb. Em 2006, essa proporção baixa para 51,7%. A distribuição das proporções, nos cinco intervalos de tempo considerados, mostra que o tempo de espera tem aumentado entre titulares de planos, no intervalo 2000–2006. Embora eles continuem esperando menos, as proporções de espera para Pr e Pb estão se aproximando. Tome-se como exemplo o tempo de espera de mais de 90 dias: em 2000, apenas 19,6% de indivíduos do grupo Pr estavam nessa categoria; em 2006, dentre os que esperaram mais de 90 dias, 48,3% pertencem ao grupo Pr (Tabelas 18 e 19).

Em 2000, dentre os que esperavam entre 16 e 30 dias, 72,9% eram do grupo Pb. Em 2006, eles são 51%, ou seja, na segunda coleta de dados, esperar entre 16 e 30 dias para conseguir uma consulta é comum aos dois grupos (Tabelas 18 e 19).

Analisando a magnitude das proporções, tanto em 2000 quanto em 2006, a categoria com maior percentual de usuários Pb é a dos que esperam mais que 90 dias por um atendimento demandado e aquela com mais usuários Pr é dos que esperam entre 8 e 15 dias. Tais dados reforçam a tese de existência de duas classes de usuários: os que esperam pouco (Pr) e os que esperam muito (Pb).

As médias de tempo de espera nos dois períodos (Quadro 14) corroboram o que já foi visto pela comparação das proporções: usuários

^P Realização de mamografia anual para todas as brasileiras acima de 40 anos (Lei 11.664/2008).

idosos sem plano de saúde esperam mais para serem atendidos, após demandar consulta de saúde. Entretanto, deve-se notar que, ambos os grupos esperam, em média, duas vezes mais em 2006 do que esperavam em 2000.

Quadro 14 – Idosos com e sem plano de saúde, segundo média de dias de espera. Município de São Paulo, anos 2000 e 2006.

	2000	2006
Pb	17,8	40,7
Pr	8,0	19,6

Fonte: Estudo SABE

Em 2000, 33,7% entre os Pb afirma não ter esperado para ser atendido. Essa proporção sobe para 57,6% em 2006. É possível supor que boa parte dos que relatam ausência de espera tenha sido atendida na modalidade de urgência. Os serviços de saúde, mesmo no âmbito privado, no Brasil, não contam com tal nível de prontidão, como se pode ver na literatura que trata de uso e acesso^{203,220}.

O tempo de espera, no local de atendimento, não difere muito entre os grupos. Em 2000, dentre os que esperaram menos – de 1 a 15 minutos – 56,3% eram do grupo Pr mas, entre os que esperaram mais – 31 a 60 minutos – 55,3% eram deste mesmo grupo. Em 2006, percebe-se que o grupo Pr espera menos, pois, dentre os que aguardaram, no máximo, 30 minutos, mais de 60 % eram deste grupo. Além disso, dentre os que esperaram mais de uma hora, 74,6% eram do grupo Pb (Tabela 18).

Estimando o acesso a serviços ambulatoriais e de internação, Noronha e Andrade²⁰³ relatam que a desigualdade varia de acordo com o tipo de serviço utilizado. Os de maior renda e escolarização usam mais os serviços ambulatoriais e de caráter preventivo e os pobres e menos escolarizados utilizam mais os de caráter curativo e de hospitalização.

Pessoto e cols.²²⁰, em estudo com cinco municípios da região metropolitana de São Paulo, relataram que os titulares de planos de saúde

demandam mais as clínicas e consultórios do que os pronto-socorros ou hospitais e, em apenas 3,9% dos casos, eles utilizaram postos ou centros de saúde. Enquanto isso, os não possuidores de convênios e planos procuraram mais os pronto-socorros do que os centros de saúde e houve baixa referência ao uso de clínicas e consultórios. Segundo esses autores, isso mostra uma diferença de porta de entrada no sistema, entre usuários do SUS e consumidores de planos de saúde. Enquanto os primeiros buscam mais os serviços de urgência/emergência, possivelmente como reflexo de uma menor oferta e/ou acessibilidade à rede de unidades básicas, os que têm acesso a planos privados entram no sistema de saúde por meio de clínicas e consultórios médicos, principalmente nos níveis mais altos de renda.

No que diz respeito ao profissional que realizou o atendimento, dentre os que foram atendidos por um não médico, a maioria está no grupo Pb: 65,2%, em 2000, e 83%, em 2006 (Tabelas 18 e 19). Tendo em vista o desenvolvimento da regulação das profissões de saúde no Brasil, é possível que este profissional seja o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem ou o agente de saúde da equipe de Saúde da Família da unidade local. As pesquisas sobre uso de serviços relatam baixíssimas frequências para a categoria “outro”, que não os serviços regulares tais como clínicas, hospitais e postos de saúde²²⁰.

Acerca dos exames solicitados após consulta de saúde, a maioria dos que não realizaram ou o fizeram apenas em parte, está no grupo Pb e, quando se questiona o motivo, a totalidade dos que alegam o custo pertence a este grupo (Tabelas 18 e 19). É possível supor que ter dificuldade para a realização de exames é uma das características do grupo atendido prioritariamente no âmbito público. Essa questão está relacionada com a organização da oferta de serviços de média complexidade, sobre a qual há muita discussão e afirmações acerca das suas deficiências, havendo, entretanto, escassez de estudos sistemáticos.

Foram encontrados dois trabalhos que buscaram compreender a oferta e regulação de procedimentos de média e alta complexidade no âmbito público do sistema de saúde, em duas microrregiões do Brasil.

Roese²⁴⁷, em pesquisa que objetivou caracterizar a rede de serviços de Camaquã (RS) e identificar os fluxos de utilização dos serviços de média e alta complexidade, encontrou tanto fragilidades no sistema – traduzidas na pouca resolubilidade – quanto distância entre o discurso da regulação e a respectiva prática. De modo simplificado, os usuários entram e saem do sistema da forma que conseguem e não em função dos fluxos formalmente estabelecidos.

Pires e cols.²³⁰, em estudo quali-quantitativo que investigou a oferta e demanda de serviços de média e alta complexidade no Distrito Federal (DF) e Entorno (municípios de Goiás próximos a Brasília), concluíram que há subutilização de oferta e duplicação de ações básicas entre hospitais e centros de saúde. Além disso, o DF conta com equipamentos de alto custo tais como aparelhos para realização de exames de ressonância magnética em número maior que o recomendado e com equipamentos de menor custo e alta produtividade (Raio X, ultrassom e mamógrafo) em quantidade insuficiente.

No que diz respeito à hospitalização em 2000, dentre os que afirmaram ter plano privado de saúde e que necessitaram de internação, 11,1% tiveram o procedimento custeado pelo SUS. Em 2006, essa proporção vai para 17,9% (Tabelas 18 e 19).

Percebe-se um alto percentual de pessoas com planos cujas internações foram custeadas pelo SUS justo no momento em que a coorte, mais envelhecida, pode ter demandado mais recursos de alta complexidade. Esse dado é coerente com estudos que relatam a tendência de financiamento estatal para os procedimentos de maior custo²²⁴.

O uso dos provedores de natureza pública pelas pessoas com planos de saúde é prática comum no município de São Paulo. Pesquisa do Ibope em 2008, com 29.439 residentes, revelou que 15% dos que usam os provedores de natureza pública têm planos privados¹²⁶.

. A análise desse grupo de variáveis confirma as percepções, já apontadas em outros trabalhos, de que os usuários prioritários dos provedores públicos usam mais serviços de emergência, esperam mais para serem atendidos após o agendamento de consultas e têm dificuldade para realizar exames solicitados após essas consultas.

Percebe-se que o tempo de espera tem aumentado para os titulares de planos e que estes têm usado os serviços públicos para procedimentos de alto custo, como internações. Além disso, dentre os titulares de planos privados, apenas 58%, em 2000, e 56%, em 2006, realizaram todos os exames solicitados após consulta de saúde. Tal proporção revela que, também para os que contam com planos privados, há algum nível de dificuldade de acesso a procedimentos de média complexidade (Tabelas 18 e 19).

Tabela 18 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo fatores relacionados com o uso de serviços. Município de São Paulo, 2000.

Uso de serviços de saúde	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem		Pb	Pr
	Pb	Pr	Pb	Pr		
Intervalo marcação/atendimento (dias)						
<8	53,5	46,5	54,2	45,8	53,8	46,2
8 a 15	36,4	63,6	44,0	56,0	38,5	61,5
16 a 30	59,3	40,7	90,9	9,1	72,9	27,1
31 a 90	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
>90	81,2	18,8	78,8	21,2	80,4	19,6
Espera local atendimento (min)						
Não esperou	40,2	59,8	24,8	75,2	33,7	66,3
1 a 15 minutos	42,8	57,2	45,4	54,6	43,7	56,3
16 a 30	43,4	56,6	49,5	50,5	45,5	54,5
31 a 60	30,9	69,1	72,4	27,6	44,7	55,3
>60	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Profissional						
Outro	100,0	0,0	63,0	37,0	65,2	34,8
Médico	51,1	48,9	54,5	45,5	52,3	47,7
Exames complementares						
Não	69,5	30,5	69,4	30,6	69,5	30,5
Sim	43,3	56,7	47,8	52,2	44,9	55,1
Realização de exames						
Não/só parte	56,2	43,8	53,2	46,8	55,0	45,0
Sim, fez todos	41,3	58,7	43,6	56,4	42,0	58,0
Agendados	49,0	51,0	68,9	31,1	55,3	44,7
Motivo da não realização						
Outros	57,0	43,0	53,3	46,7	55,3	44,7
Problema não grave	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Custo	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Custeio de internação						
SUS	88,7	11,3	89,4	10,6	88,9	11,1
Outros	12,5	87,5	15,1	84,9	13,4	86,6
Total	55,8	44,2	57,6	42,4	56,5	43,5

Ambos os sexos

** Pb: sem plano de saúde

*** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

Tabela 19 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo fatores relacionados com o uso de serviços. Município de São Paulo, 2006.

Uso de serviços de saúde	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem		Pb	Pr
	Pb	Pr	Pb	Pr		
Intervalo marcação/atendimento (dias)						
<8	37,7	62,3	45,2	54,8	40,5	59,5
8 a 15	32,1	67,9	37,8	62,2	34,1	65,9
16 a 30	51,8	48,2	49,7	50,3	51,0	49,0
31 a 90	37,5	62,5	49,6	50,4	46,8	53,2
>90	50,9	49,1	54,1	45,9	51,7	48,3
Espera local atendimento (min)						
Não esperou	57,3	42,7	58,0	42,0	57,6	42,4
1 a 15 minutos	29,5	70,5	48,1	51,9	35,8	64,2
16 a 30	34,4	65,6	45,0	55,0	39,5	60,5
31 a 60	55,4	44,6	64,7	35,3	59,6	40,4
>60	64,8	35,2	97,4	2,6	74,6	25,4
Profissional						
Outro	80,3	19,7	88,3	11,7	83,0	17,0
Médico	44,6	55,4	52,6	47,4	47,6	52,4
Exames complementares						
Não	55,6	44,4	59,6	40,4	57,3	42,7
Sim	42,0	58,0	50,8	49,2	45,2	54,8
Realização de exames						
Não/só parte	69,4	30,6	43,9	56,1	61,3	38,7
Sim, fez todos	39,9	60,1	51,1	48,9	44,0	56,0
Agendados	42,7	57,3	53,9	46,1	46,5	53,5
Motivo da não realização						
Outros	65,0	35,0	43,1	56,9	57,9	42,1
Problema não grave	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
Custo	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Custeio de internação						
SUS	80,7	19,3	84,2	15,8	82,1	17,9
Outros	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Total	45,7	51,3	56,7	43,3	51,8	48,2

* Ambos os sexos

**Pb: sem plano de saúde

** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

A dificuldade de acesso só pode ser aferida diretamente em 2006, em virtude de mudanças introduzidas no instrumento de pesquisa. Em 2006, 30% dos entrevistados afirmaram ter algum tipo de dificuldade de acesso. Os motivos alegados, categorizados como “custo”, “atendimento ruim” e “outros”, estão quantificados na tabela 20.

Dentre os que não procuraram serviço por alguma razão determinada pelos custos, metade é do grupo Pb (50,5%). Isso se explica porque a categoria “custo” engloba fatores que vão desde a tarifa de transporte para acessar o serviço até o preço da consulta propriamente dita. Também está no grupo Pb a maior proporção (78,6%) dos que não procuraram o serviço por julgar, antecipadamente, que teriam “atendimento ruim”.

A categoria “outros” engloba aqueles que afirmaram não ter procurado o serviço porque era muito longe de sua residência ou porque não dispunham, por algum motivo, de tempo para fazê-lo ou, ainda, não encontraram meios de transporte para chegar até a clínica, o hospital etc. Dentre os que alegaram tais motivos, 53,8 estavam no grupo Pb, e 74,5% eram homens (Tabela 20).

Tabela 20 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo motivo da dificuldade em acessar serviços de saúde. Município de São Paulo, 2006.

Motivo dificuldade acesso	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem		Pb	Pr
	Pb	Pr	Pb	Pr		
Custo	58,4	41,6	20,3	79,7	50,5	49,5
Atendimento ruim	80,4	19,6	75,8	24,2	78,6	21,4
Outros	46,3	53,7	74,5	25,5	53,8	46,2
Total	45,7	51,3	56,7	43,3	51,8	48,2

* Ambos os sexos

** Pb: sem plano de saúde

*** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

A literatura afirma que a utilização de serviços de saúde reflete um conjunto de comportamentos complexos que inclui características de organização da oferta, questões sociodemográficas e epidemiológicas, além da necessidade referida pelo usuário^{33,244,275}.

A análise dos motivos para dificuldade de acesso leva ao raciocínio de que tal complexidade chega ao nível do indivíduo e suas razões nem sempre passíveis de serem aferidas num estudo epidemiológico. Tais variáveis ainda são pouco exploradas pela literatura, conforme afirma Kassouf¹⁴², destacando autores – Akin e cols.; Heller – que não consideram a demanda por cuidados de saúde como influenciável por custos de locomoção ou tempo de viagem. De fato, há vasta literatura afirmando que o principal determinante da procura por atendimento é a percepção da necessidade de cuidados^{32,33,34,188}.

Em que pese a literatura, numa megacidade como São Paulo, onde há problemas relacionados com a circulação e com o transporte urbano e cuja oferta de serviços está concentrada nas áreas centrais, os custos de locomoção e o tempo da viagem certamente influenciam na procura por serviços.

Neste estudo foram analisadas as proporções de realização de ações preventivas, as quais nem sempre estão relacionadas com a percepção de necessidade de cuidados. Sua efetivação, porém, tem impacto comprovado na prevenção de doenças que podem levar os indivíduos a necessidades agudas e a demandas de procedimentos de alto custo. Tais ações são representadas pelas variáveis “realização de mamografia” e de “exame Papanicolau” para as mulheres; “exame de próstata” para os homens e “vacinação” para ambos os sexos (Tabelas 21 e 22).

Tabela 21 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo o acesso a ações de prevenção de realização exclusiva em serviço de saúde. Município de São Paulo, 2000.

Ações de prevenção	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem		Pb	Pr
	Pb**	Pr***	Pb	Pr	Pb	Pr
Mamografia						
Não	67,5	32,5	...	...	67,5	32,5
Sim	40,3	59,7	...	...	40,3	59,7
Papanicolau						
Não	64,0	36,0	...	...	64,0	36,0
Sim	47,0	53,0	...	...	47,0	53,0
Exame de próstata						
Não	...	...	69,3	30,7	69,3	30,7
Sim	...	...	40,9	59,1	40,9	59,1
Vacinação						
Não	48,6	51,4	65,3	34,7	55,3	44,7
Sim						
	58,9	41,1	53,9	46,1	57,0	43,0
Total	55,8	44,2	57,6	42,4	56,5	43,5

* Ambos os sexos

** Pb: sem plano de saúde

*** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

Tabela 22 – Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo o acesso a ações de prevenção de realização exclusiva em serviço de saúde. Município de São Paulo, 2006.

Ações de prevenção	Sexo				Total*	
	Mulher		Homem		Pb	Pr
	Pb**	Pr***	Pb	Pr	Pb	Pr
Mamografia						
Não	62,7	37,3	...	...	62,7	37,3
Sim	35,2	64,8	...	...	35,2	64,8
Papanicolau						
Não	59,5	40,5	...	...	59,5	40,5
Sim	38,2	61,8	...	...	38,2	61,8
Exame de próstata						
Não	...	...	71,7	28,3	71,7	28,3
Sim	...	...	45,8	54,2	45,8	54,2
Vacinação						
Não	45,8	54,2	58,9	41,1	50,6	49,4
Sim	55,2	44,8	59,7	40,3	56,9	43,1
Total	45,7	51,3	56,7	43,3	51,8	48,2

* Ambos os sexos

** Pb: sem plano de saúde

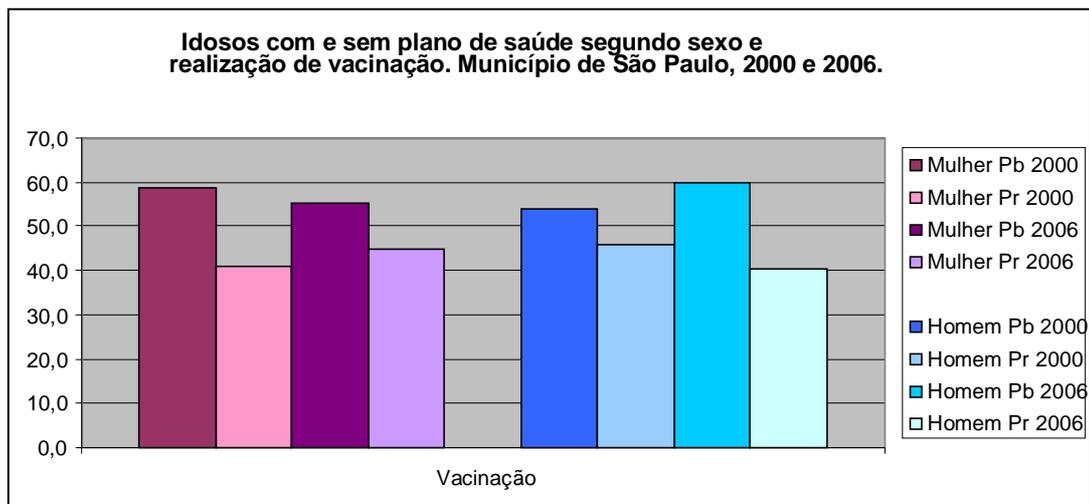
*** Pr: com plano de saúde

Fonte: Estudo SABE

I) Vacinação

Em ambos os períodos e para ambos os sexos, o grupo Pb realiza mais prevenção de doenças respiratórias, por meio da vacinação (Figura 3).

Figura 3



Fonte: Estudo SABE

As análises realizadas até este ponto mostram o grupo Pr como mais escolarizado e com características socioeconômicas mais favoráveis, de forma geral, levando a esperar-se que também realizasse mais ações de prevenção em todas as modalidades consideradas, inclusive vacinação. Entretanto, este grupo realizou menos vacinação e os homens do grupo Pb, que têm as características socioeconômicas e epidemiológicas mais desfavoráveis, foram os que mais aderiram à vacinação.

O resultado encontrado está em conformidade com o trabalho de Francisco e cols.¹⁰⁴, que realizaram um estudo transversal de base populacional com 1908 idosos, em seis municípios do estado de São Paulo e encontraram menor relato de vacinação entre aqueles com maior escolaridade (9 anos ou mais de estudo).

Em outros estudos epidemiológicos, não foram encontradas associações entre relato de vacinação e características sociodemográficas, com exceção da idade^{84,158}.

Donalísio, Ruiz e Cordeiro⁸⁴, em estudo que objetivou estimar a cobertura vacinal e identificar fatores associados à vacinação contra a influenza em idosos, por meio de inquérito domiciliar realizado numa amostra aleatória de 365 idosos, não encontraram diferenças associadas à escolaridade ou renda *per capita*, entre outros.

Lima-Costa, em 2008¹⁵⁸, num estudo com 1.786 idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, não encontrou associação entre adesão à vacinação e características socioeconômicas tais como renda ou escolaridade.

Desde 1999, o Ministério da Saúde oferece, anualmente, vacina contra influenza e pneumonia para toda a população de 60 anos e mais. Tal ação é precedida de ampla campanha de divulgação que vai além dos meios usuais de mídia.

Os dados indicam que os meios de divulgação utilizados têm sido eficazes, atingindo aqueles que mais necessitam da vacina, representados pelos que relatam agravos como a hipertensão, citada nos estudos de Francisco e cols.¹⁰⁴ e Lima-Costa¹⁵⁸. A necessidade é aqui expressa em termos da vulnerabilidade epidemiológica e social.

Sob o aspecto epidemiológico, o risco de contrair doenças respiratórias evitáveis ou controláveis por meio da vacinação é, grosso modo, o mesmo, quando se leva em conta apenas a condição de ter ou não plano privado de saúde. Entretanto, entre os que contraírem, estará mais vulnerável aquele que tiver menos acesso a serviços e pior suporte socioeconômico. Dessa forma, é possível supor que a oferta plena de uma ação preventiva, tal como ocorre na vacinação para idosos, é fator fundamental para a adesão e que esta tem sido bem sucedida entre aqueles que não têm plano de saúde. Em que pese tal constatação, não é justificável, do ponto de vista ético, não se preocupar com a adesão dos que têm plano privado.

Donalísio e cols.⁸⁴ afirmam que o maior determinante para o não comparecimento à vacinação não é a falta de acesso, como pode ocorrer para outras ações de prevenção. Aqueles autores sugerem que se amplie a divulgação acerca da importância da vacina para a população idosa, entre os profissionais de saúde, e que se façam campanhas específicas para as pessoas com doenças crônicas e para os de 65 anos e mais, de modo a aumentar a cobertura em grupos com maior risco de complicações clínicas por infecções respiratórias.

No que diz respeito à menor adesão entre os Pr, é possível supor que estes não têm sido sensibilizados pela campanha de divulgação que se vale fortemente da rede comunitária e social que há em torno da população idosa. Há comitês de divulgação que envolvem igrejas, associações de moradores e de idosos e, em alguns casos, até o comércio local, além da divulgação maciça nos serviços de saúde de natureza pública. Talvez os idosos do grupo Pr tenham menor participação nessas redes comunitárias e frequentem serviços onde não tem sido enfatizada a importância da vacinação.

Também pode ser que esses idosos tenham acesso a (des)informações veiculadas pela rede mundial de computadores, que alimentaram idéias equivocadas acerca da vacina e provocaram o temor de que esta piorasse condições clínicas, provocasse graves efeitos colaterais e até a morte.

Investigar a menor adesão entre os idosos com planos privados emerge como uma questão atual para a pesquisa. Os trabalhos encontrados acerca do assunto^{256,288} investigaram apenas usuários de provedores públicos.

Os resultados encontrados mostram que a disponibilidade e a facilidade de acesso, bem como a estratégia de realização de campanha anual, aumentam a adesão a uma ação de prevenção que efetivamente reduz hospitalizações^{78,90,103} e, por via de consequência, causa impacto positivo sobre a saúde das pessoas e reduz custos para o sistema de saúde.

II) Mamografia e Papanicolau

As mulheres do grupo Pb fizeram menos exames preventivos, quando comparadas com as Pr, e, em 2006, quando estavam mais envelhecidas, a proporção de realização de exames diminuiu ainda mais.

Em 2000, apenas 40,3% das mulheres que não tinham plano privado afirmaram ter realizado mamografia nos últimos dois anos. Em 2006, essa proporção diminuiu para 35,2%. Para as que tinham plano de saúde, os valores foram 59,7% e 64,8%, respectivamente (Tabelas 21 e 22).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a rotina de rastreamento preconizada para as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos é a realização anual de Exame Clínico da Mama (ECM) e mamografia a cada dois anos¹³³.

Não foram encontrados trabalhos que relacionassem a realização de mamografia com a posse de plano privado e, sim, com a condição socioeconômica mais alta.

Scowitz e cols.²⁶², em estudo transversal que objetivou avaliar a prevalência de condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados, em amostra de 879 mulheres de 40 a 69 anos, encontraram como fatores relacionados com as maiores prevalências de condutas de prevenção secundária: pertencer às classes sociais mais altas; ter maior combinação de fatores de risco para neoplasia mamária; ter história familiar de câncer de mama; fazer uso de terapia de reposição hormonal e ter sido submetida a biópsia por patologia mamária. Destacam que as mulheres entre 40 e 49 anos realizam mais mamografia do que as da faixa 60–69 anos e que a associação mais forte com a realização de mamografia é o pertencimento às classes de renda mais alta.

Entre as mulheres sem plano, 47% fizeram exame Papanicolau em 2000, e 35,2, em 2006. Para as que tinham plano de saúde, os valores foram 53,0% e 61,8%, respectivamente (Tabelas 21 e 22).

A literatura acerca do câncer de colo do útero ressalta que as recomendações da OMS, no que diz respeito à prevenção por meio do

exame Papanicolau, privilegiam a faixa etária entre 35 e 59 anos^{274,291,292}. O INCA recomenda que toda mulher que tem ou teve atividade sexual deve fazer esse exame, destacando ser especialmente importante para aquelas entre 25 e 59 anos¹³¹.

Belon⁴², em estudo que objetivou investigar a relação entre condições de vida e mortalidade por neoplasias de colo de útero, mama feminina e próstata, na população idosa do estado de São Paulo, afirma que a neoplasia de colo de útero apresenta uma porcentagem relativamente baixa frente às demais. Em 1980, a participação relativa das neoplasias de colo de útero foi de 4,6%; em 1991, de 4,3% e, em 2000, 4,2%. Ressalta que apesar das reduções no decorrer desses anos, não se alterou sua posição de sétima causa de óbito entre as mulheres.

De acordo com o Suplemento de Saúde da PNAD 2008, a faixa etária com maior percentual de realização de pelo menos um exame de colo do útero, ao longo do curso de vida, é a de 40 a 49 anos, com uma proporção de 89,9%. As mulheres no grupo de 70 anos e mais têm o menor percentual, que é de 66,9%⁹.

Tais dados podem ser interpretados como melhoria de acesso para as coortes mais jovens e falta deste para as mais idosas, seja por motivos relacionados com as políticas públicas ou com fatores socioculturais.

Segundo Lebrão e cols.¹⁵⁵, o aumento de realização de exames preventivos pode ser reflexo de maior conscientização da população acerca de sua importância, de maior procura de serviços de saúde ou do aumento da solicitação de exames nas consultas realizadas.

Pinho e França Jr.²²⁶ realizaram um trabalho de revisão que objetivou investigar questões relacionadas com medidas de prevenção e controle do câncer cervical, abrangendo a efetividade do teste de Papanicolau, a lógica operacional e científica norteadora das políticas públicas e a cobertura do teste em países europeus, da América do Sul e do Norte. Analisaram os modelos explicativos propostos para avaliar acesso e utilização de serviços

⁹ Tabela 3.18 do Suplemento (IBGE, 2010)¹²⁵.

a partir do estudo dos fatores associados à não realização do teste. Destacaram que os poucos dados provenientes de amostras representativas da população brasileira revelam que a cobertura, além de deficiente, está distribuída de modo desigual, concentrando-se em grupos com menor risco de desenvolver câncer cervical.

Ainda segundo esses autores, os modelos de análise para a não adesão ao teste concentram-se em aspectos sociodemográficos ou no “modelo de crenças em saúde”, segundo o qual mulheres que adotam comportamentos preventivos teriam maior adesão ao teste Papanicolau. Os dois modelos atuariam como dificultadores ou facilitadores do acesso aos serviços, mas o conceito de acesso estaria limitado pelo que eles denominaram de “plano individual de análise”, que significa que o acesso é determinado por características e comportamentos dos indivíduos. Esse modelo não incorpora análises que englobam o plano institucional e organizacional e levam em conta fatores tais como qualidade e cobertura do teste, relações estabelecidas entre instituição / médico/ paciente e sociedade (estilo de desenvolvimento do país, políticas econômicas e de saúde pública, *status* social da mulher naquela sociedade etc).

Pinho e França Jr²²⁶ propõem um modelo de análise que incorpore o plano individual, o organizacional/programático e o social. Sua proposta conduz ao questionamento das políticas públicas específicas de saúde da mulher e advoga a retirada da responsabilização individual pela não adesão ao exame Papanicolau. Mesmo quando abordam as crenças que poderiam interferir na opção das mulheres pela detecção precoce, destacam que estas são afetadas pela maneira como as questões do acesso aos serviços são conduzidas.

Além do modelo de análise apresentado, outro detalhe do trabalho de Pinho e França Junior²²⁶ colabora para explicar a baixa cobertura entre as mulheres de 60 anos e mais. Segundo eles, no Brasil e especialmente no estado de São Paulo, a introdução do teste de Papanicolau ocorreu em meados da década de 1970 e se ampliou com a implantação do Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM), em 1983. Ou seja, a ampliação da

oferta dessa ação de prevenção ocorreu quando as mulheres da amostra em análise já tinham mais de quarenta anos, e tal ação, baseada em critérios epidemiológicos, privilegia as mulheres mais jovens.

Brenna e cols.⁴⁸, em estudo que investigou os motivos da não adesão das mulheres ao exame Papanicolau, encontraram associação entre ter mais idade e menos escolaridade e não realização do exame. Ressaltam que as mulheres mais velhas da amostra são aquelas que frequentavam os serviços de saúde nas décadas de 70 e 80, quando a realização do exame e outras práticas preventivas do câncer ainda estavam em fase incipiente.

Apesar da necessária contextualização histórica, Brenna e cols.⁴⁸ encontraram relatos de dificuldades dessas mulheres para demandar os serviços de saúde, tais como distância; não conseguir dispensa do trabalho; não ter com quem deixar os filhos ou outros parentes dos quais cuidavam; má qualidade dos serviços, expressas nos fatores “médicos que não examinam”, “dificuldade para conseguir consulta”, “tempo de espera após agendamento”, entre outros.

Tendo em vista a literatura, os protocolos nacionais e os dados da PNAD 2008¹²³, pode-se considerar que o percentual de realização desse exame, para a amostra em análise, foi relativamente alto. Ressalte-se que as mulheres com planos privados continuaram tendo mais acesso a esse procedimento preventivo.

III) Exame de próstata

O resultado da análise das proporções de ações preventivas para o sexo masculino seguiu padrão semelhante ao feminino: os indivíduos sem plano fizeram menos exames de próstata.

Dentre os que realizaram o exame em 2000, 59,1% eram do grupo Pr e 40,9%, do Pb. Em 2006, 45,8% dos componentes do grupo Pb e 54,2% do grupo Pr realizaram este exame (Tabelas 21 e 22).

Não se encontraram estudos acerca da associação entre posse de plano privado e realização de exame de próstata para a população brasileira, porém há trabalhos que mostram evidências de associação entre câncer de

próstata e baixa escolaridade, assim como entre esse câncer e a não realização de exame preventivo.

Gonçalves e cols.¹¹³, em estudo que objetivou identificar características demográficas e epidemiológicas em homens com câncer de próstata, atendidos em um provedor público – o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP – no período 2000–2003, constataram que 50% tinham baixa escolaridade e apenas 20% tinham realizado exames preventivos.

Outras pesquisas, desenvolvidas fora do Brasil, reforçam a associação entre a baixa taxa de realização desse exame e características socioeconômicas desfavoráveis^{116,118}.

Herranz-Amo e cols.¹¹⁸, em estudo realizado em Madri, com o objetivo de verificar a incidência de câncer de próstata, afirmam que esta é determinada por fatores tais como idade, etnia, utilização do exame de *Prostate-Specific Antigen* (PSA) e critérios para realização de biópsia, sendo que os únicos fatores sobre os quais não se pode intervir são a idade e a origem étnica. Segundo esses autores, 26% dos indivíduos foram diagnosticados em serviços privados, embora, em Madri, *pelo menos em teoria* (grifo dos autores), toda a população tenha o mesmo nível de acesso aos serviços públicos de saúde. Ressaltam que as pessoas com melhores condições socioeconômicas, além de se preocuparem mais com seu estado de saúde, costumam contratar seguros privados com mais frequência e, portanto, ter acesso facilitado aos serviços.

Outro estudo que faz referência aos seguros privados é o de Hall e cols.¹¹⁶, que teve o objetivo de verificar o efeito de fatores demográficos, geográficos e socioeconômicos, bem como a influência de posse de seguro privado nos padrões de sobrevivência de homens com diagnóstico de câncer de próstata, num período de três anos, na Austrália. Observaram que os homens pertencentes às classes socioeconômicas menos favorecidas e aqueles com primeira internação em hospitais rurais tiveram menores chances de realizar prostatectomias radicais e sobreviveram menos tempo.

Os que realizaram a primeira internação em hospitais privados fizeram mais prostatectomias e tiveram maior período de sobrevivência.

Embora se possa afirmar, grosso modo, que os sistemas de saúde espanhol,¹¹⁸ e australiano¹¹⁶ têm, em comum com o Brasil, a cobertura universal aliada à existência de um mercado de serviços de saúde, há diferenças políticas, geográficas e culturais, que impedem que os resultados desses estudos sejam efetivamente comparáveis. O que fica claro, entretanto, é que o acesso à prevenção por meio do exame clínico sofre influência das condições socioeconômicas, e que os indivíduos com acesso aos provedores privados têm maior probabilidade de realizá-la.

Os conceitos e categorias analíticas usados para definir ou analisar os sistemas de saúde variam de acordo com os valores, princípios e concepções sobre o que é saúde e qual o papel do Estado em relação à saúde das populações, nos diferentes países. Além disso, mudam no tempo e no espaço, refletindo mudanças nas concepções sociais e políticas dominantes²⁸⁶.

A complexidade inerente à utilização de serviços de saúde influencia a escolha do provedor prioritário. A dinâmica dos indivíduos no contexto público *versus* privado fornece informações acerca das reais possibilidades de escolha para o cidadão idoso.

7.2 – Mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde

Como visto nas seções anteriores, entre 2000 e 2006 houve diferenças na situação de provisão prioritária de serviços, tendo aumentado a proporção de indivíduos com plano privado.

Em que pese a mobilidade entre provedores, 84,3% dos participantes da pesquisa continuaram com o mesmo tipo de provedor (Tabela 23), e o resultado da análise univariada não mostrou significância estatística. Dessa forma, foram descritas as características sociodemográficas e de condição

de saúde, em face dos participantes terem permanecido com os mesmos provedores prioritários (estáveis); de terem migrado de provedor prioritário de natureza privada para outro de natureza pública (Pb para Pr) e de terem mudado da condição de possuidor de plano privado para a de não possuidor (Pr para Pb) (Tabela 23).

Tabela 23 – Proporção (%) de idosos segundo condição de vinculação a provedor prioritário de serviço de saúde. Município de São Paulo, 2006.

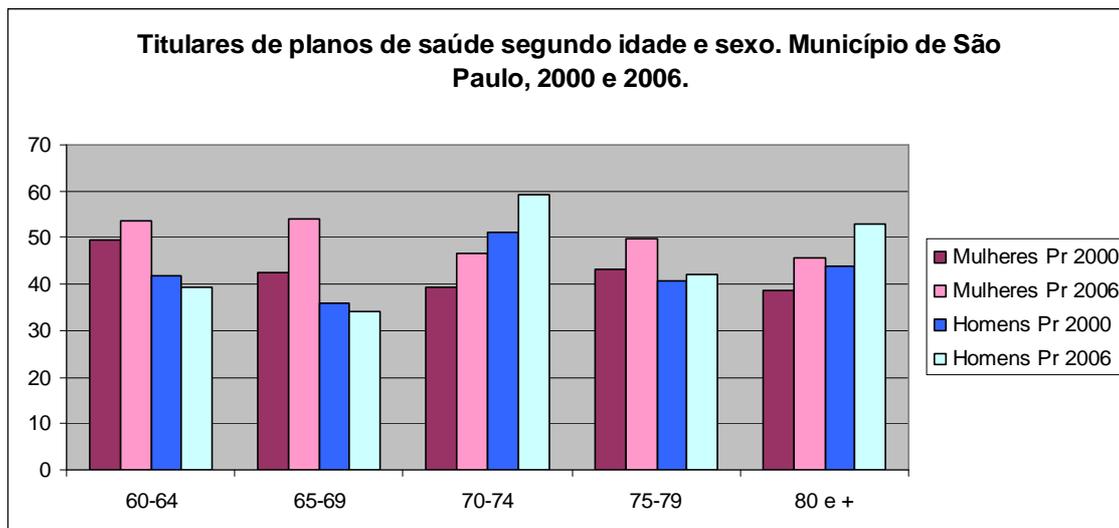
Mudança de vinculação a provedor de serviços de saúde	Sexo		Total
	Mulher	Homem	
Condição			
		%	%
Manteve-se vinculado ao mesmo provedor de serviços de saúde, público ou privado	83,7	85,3	84,3
Mudou de provedor privado para público	4,5	6,9	5,4
Mudou de provedor público para privado	11,8	7,8	10,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Estudo SABE

7.2.1– Mobilidade e características sociodemográficas

A variável sexo mais uma vez reflete as questões de gênero relacionadas com a saúde. Em 2006, maiores proporções de mulheres com planos de saúde são notadas em todas as faixas, com exceção dos segmentos 70–74 anos e 80 e mais, onde a proporção de homens titulares de planos supera a de mulheres. Dentre as mais velhas (80 anos e mais), apenas 38,8% contam com plano privado, porém, de modo geral, as menores proporções de titularidade de planos predominam para o sexo masculino, em ambos os períodos. Em 2006, na faixa 65–69 anos, apenas 34,2% deles têm planos privados (Figura 4).

Figura 4



Fonte: Estudo SABE

Dentre as mulheres que mudaram de provedor público para privado, 10,4% tinham 80 anos e mais, e, dentre os homens na mesma condição, 14,8% pertenciam a essa faixa etária (Tabela 24). Maior cobertura por planos privados entre as mulheres também foi encontrada nos trabalhos de Pinheiro e cols.²²⁵ e Veras e cols.²⁸³

Durante o período decorrido entre as coletas de dados, houve mais mudança de Pb para Pr entre os mais idosos. Dentre os que mudaram, na faixa 65–69 anos, 15,4% mudaram de Pb para Pr. A partir desse grupo etário as proporções de mudança estão sempre acima de 10%, inclusive no grupo 80 e mais, onde foi de 10,4% de Pb para Pr e apenas 2,9% de Pr para Pb (Tabela 24).

A maior proporção de mudança de privado para público ocorreu entre os homens na faixa 60–64 anos. A perda da condição de titular de plano privado entre idosos mais jovens pode estar relacionada com mudanças na condição laboral.

No que diz respeito ao estado marital, confirma-se a fraca influência dessa variável no que diz respeito à titularidade de planos. São altas as proporções de estabilidade em todas as condições consideradas e chama atenção apenas a categoria das mulheres divorciadas ou separadas e das viúvas. Dentre as divorciadas ou separadas, 19,8% mudaram de Pb para Pr,

e a proporção de viúvas que mudaram para provedor privado é o dobro daquelas que fizeram o caminho inverso (Tabela 24). A categoria dos solteiros, de ambos os sexos, é a mais estável, entretanto eles representam apenas 5% do total da amostra¹⁵⁵.

Os mais escolarizados permaneceram estáveis, sejam homens ou mulheres, porém destaca-se a alta proporção de mulheres sem escolarização entre os que mudaram de Pb para Pr (13,3%). Considerando que a escolaridade de 1 a 3 anos exerce baixa influência sobre as condições socioeconômicas, também é grande a proporção de mulheres com escolaridade 1 a 3 e 4 a 7 anos de estudo (11,8% e 13,0%, respectivamente) entre os que mudaram de Pb para Pr (Tabela 24).

Tabela 24 – Proporção (%) de idosos segundo mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde e características sociodemográficas. Município de São Paulo, 2000 e 2006.

	Sexo					
	Mulher			Homem		
	Estável(*)	Pr para Pb (**)	Pb para Pr (***)	Estável	Pr para Pb	Pb para Pr
Idade						
60-64	88,8	3,3	7,9	83,6	9,3	7,1
65-69	81,0	3,6	15,4	89,2	6,3	4,5
70-74	78,0	7,3	14,7	83,9	4,0	12,1
75-79	81,6	6,0	12,4	90,0	4,3	5,7
80 e +	86,7	2,9	10,4	79,5	5,7	14,8
Estado marital						
Casado	84,0	4,4	11,6	84,0	7,3	8,7
Divorciado/ Separado	76,7	3,5	19,8	95,1	4,9	0,0
Viúvo	84,0	5,3	10,7	85,6	6,8	7,7
Solteiro	91,1	0,9	8,0	100,0	0,0	0,0
Casado	84,0	4,4	11,6	84,0	7,3	8,7
Escolaridade (em anos de estudo)						
Sem	84,1	2,6	13,3	85,9	3,4	10,7
1 a 3	83,8	4,4	11,8	85,0	6,6	8,4
4 a 7	81,9	5,1	13,0	83,3	8,4	8,3
8 e mais	88,7	6,5	4,8	88,0	7,6	4,4
Renda (em salários mínimos)						
Menor que 1	83,3	5,4	11,3	87,0	10,9	2,1
1 a 2,99	84,1	5,3	10,6	85,9	6,1	8,0
3 a 4,99	83,0	1,1	15,9	76,8	9,6	13,6
5 ou +	83,4	4,2	12,4	89,2	5,8	5,0
Solteiro	91,1	0,9	8,0	100,0	0,0	0,0
Total	83,7	4,5	11,8	85,3	6,9	7,8

(*) Estável: não mudou de provedor prioritário no período 2000/2006.

(**) Pr para Pb: era titular de plano privado de saúde em 2000 e deixou de sê-lo em 2006

(***) Pb para Pr: não possuía plano privado de saúde em 2000 e passou a possuir em 2006.

Fonte: Estudo SABE

Embora nas atuais coortes de idosos haja grande proporção de mulheres com pouca escolaridade e baixa renda, há estudos que mostram estratégias de indivíduos e famílias para arcar com os custos de saúde e permitir que as mulheres migrem para planos privados^{67,96,97}, com a expectativa de terem maior acesso aos serviços de saúde.

Em termos de escolaridade, homens e mulheres se mantiveram estáveis, com proporções acima de 80% em todas as categorias consideradas. Houve mais mobilidade entre os que não tinham escolaridade formal. Dentre os que mudaram de Pb para Pr, 10,7% dos homens e 13,3% das mulheres pertenciam a essa categoria (Tabela 24).

No que diz respeito à renda, a maior proporção de mudança Pb/Pr está entre os que ganham entre 3 e 4,99 salários mínimos (15,9% para as mulheres e 13,6% para os homens, respectivamente). Tal faixa de renda corresponde a 20% da amostra em 2006¹⁵⁵.

Os resultados da análise sociodemográfica são concordantes com a literatura que mostra associação entre ter plano ou seguro privado e pertencer às faixas mais altas de renda^{3,15,41,72,149,244}. Além disso, vão ao encontro de trabalhos onde se afirma que a relação entre posse de planos e estado civil ainda não é clara e comporta controvérsias^{155,273}.

A alta proporção de mudança para provedores privados por parte de pessoas sem escolaridade sugere que tal associação não é definitiva e inquestionável. Pode ser que outros fatores – além dos econômicos – estejam interferindo nas decisões acerca de ter ou não ter plano privado ou ainda que esteja havendo acesso a planos privados de baixo custo.

De acordo com Bahia e Scheffer³¹, a média do valor da mensalidade individual dos chamados “planos populares” não supera R\$ 50,00. Para os planos de saúde, no geral, é de R\$ 94,00. Esses autores destacam, a título de comparação, que a empresa estatal Petrobrás destina cerca de R\$ 450,00 *per capita* mensal para financiar o plano de saúde dos seus empregados.

A existência de vantagem entre ter um plano de baixo custo ou contar unicamente com o provedor público é uma questão que deve inspirar o

desenvolvimento de pesquisas posteriores e faz ressaltar a ausência de trabalhos acerca da mobilidade dos segmentos idosos entre provedores públicos e privados.

7.2.2 – Mobilidade e condições de saúde

As proporções de morbidade referida mostram uma tendência maior de mudança para provedor privado entre as mulheres que relataram mais doenças e agravos crônicos: hipertensão, diabetes, doenças respiratórias, cardiovasculares e osteoarticulares (Tabela 25). Não foram encontrados estudos que comparem as diferenças entre sexos, nesse nível detalhado de análise, que busca estabelecer padrões que expliquem a mudança de provedor além dos motivos usuais relacionados com a renda.

Entre os homens que mudaram de provedor prioritário não há diferenças que chamem a atenção, nas proporções de morbidade, com exceção do relato de doença do coração, que é maior entre os que mudaram de Pr para Pb: 12,4% contra 5,5% (Tabela 25). Vale ressaltar que, se a literatura tem associado a posse de planos privados a altas renda e escolaridade, também tem feito a mesma relação entre desigualdades socioeconômicas e prevalência de doenças cardiovasculares^{57,137,269}. Estas últimas há tempos deixaram de ser “doenças de ricos”.

A ocorrência de queda – considerada um marcador de fragilização – também não é maior entre os homens que mudaram de Pb para Pr (Tabela 25). Tais resultados colaboram para contrariar a teoria econômica da “seleção adversa”, do ponto de vista das operadoras de planos e seguros. Ou seja, a morbidade referida não afeta a mobilidade entre provedores, para os participantes do sexo masculino da amostra em análise.

Tabela 25 – Proporção (%) de idosos segundo mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde e morbidade referida. Município de São Paulo, 2000 e 2006.

Morbidade Referida	Sexo					
	Estável*	Mulher		Estável	Homem	
Pr para Pb**		Pb para Pr***	Pr para Pb		Pb para Pr	
Hipertensão						
Não	86,1	4,0	9,9	89,6	4,3	6,2
Sim	82,0	4,6	13,4	80,6	9,8	9,6
Diabetes						
Não	82,8	5,2	12,1	84,9	7,3	7,8
Sim	87,1	1,7	11,2	86,4	5,3	8,3
Câncer						
Não	83,4	4,5	12,1	85,1	7,0	7,9
Sim	90,0	5,0	5,1	100,0	0,0	0,0
Doença do pulmão						
Não	83,6	4,4	12,0	84,5	6,9	8,6
Sim	84,3	5,1	10,6	90,3	7,3	2,4
Doença do coração						
Não	84,2	4,9	10,9	86,1	7,2	6,8
Sim	80,5	2,4	17,1	81,9	5,7	12,4
Embolia / derrame						
Não	83,5	4,4	12,2	85,9	6,6	7,6
Sim	89,1	7,6	3,4	78,3	11,2	10,6
Artrite / artrose						
Não	83,5	5,9	10,6	82,7	8,7	8,6
Sim	83,4	2,7	13,9	95,2	0,0	4,8
Osteoporose						
Não	82,8	4,8	12,4	84,5	7,3	8,2
Sim	84,6	4,0	11,3	98,5	0,0	1,5
Queda						
Não	83,4	5,0	11,7	85,6	6,3	8,1
Sim	84,4	3,4	12,3	83,8	9,8	6,4
Número de doenças referidas						
0	83,1	4,9	12,0	89,7	5,3	5,1
1 a 2	83,9	5,5	10,6	81,9	7,9	10,2
3 e +	83,5	2,1	14,4	88,6	6,6	4,8
Total	83,7	4,5	11,8	85,3	6,9	7,8

(*) Estável: não mudou de provedor prioritário no período 2000/2006.

(**) Pr para Pb: era titular de plano privado de saúde em 2000 e deixou de sê-lo em 2006

(***) Pb para Pr: não possuía plano privado de saúde em 2000 e passou a possuir em 2006.

Fonte: Estudo SABE

Dentre os que tinham três ou mais doenças referidas e mudaram de Pb para Pr, a maior proporção (14,4%) era de mulheres. O relato de câncer é praticamente igual entre quem mudou de Pr para Pb e vice-versa: 5,0% e 5,1%, respectivamente (Tabela 25).

Existe uma tendência de subnotificação de tumores malignos para a população idosa. Essa falha de informação pode ser devida ao desconhecimento da existência da doença – de alta letalidade e duração relativamente curta – ou por questões culturais. Esta últimas parecem refletir o desejo dos familiares de omitir o diagnóstico^{153,176}. Sendo assim, para as mulheres que mudaram de provedor, confirma-se a teoria da seleção adversa: as proporções indicam maior probabilidade de mulheres com doenças crônicas e com maior número de doenças mudarem para provedores privados. Entretanto, há que se ressaltar que se trata de um número reduzido de pessoas, dado que a estabilidade foi a condição predominante.

A autoavaliação de saúde não apresenta discrepâncias entre os que permaneceram com o mesmo provedor, distribuindo-se de maneira relativamente uniforme pelas categorias, ou seja, o fato de o idoso sentir-se em condições não muito boas não o motiva a procurar planos de saúde. Entre os que mudaram, percebem-se diferenças de avaliação, principalmente para o sexo feminino. Dentre as mulheres que mudaram de Pb para Pr, 12,7% consideram que sua saúde é boa ou excelente, e 13,6% se consideram em melhor situação, quando se comparam com pessoas de mesma idade. Dentre as que mudaram de Pr para Pb, apenas 5,3% avaliam a própria saúde como boa ou excelente, e 4,4% consideram estar melhor que seus pares de mesma idade (Tabela 26).

Tabela 26 – Proporção (%) de idosos segundo mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde e autoavaliação de saúde. Município de São Paulo, 2000 e 2006.

Autoavaliação de saúde	Sexo					
	Mulher			Homem		
	Estável (*)	Pr para Pb (**)	Pb para Pr (***)	Estável	Pr para Pb	Pb para Pr
Atual						
Ruim / péssima	85,1	1,8	13,1	88,2	0,0	11,8
Regular	84,7	4,4	10,9	78,3	11,0	10,7
Boa / excelente	82,0	5,3	12,7	91,4	4,0	4,6
Em relação a pessoas de mesma idade						
Pior	91,3	5,2	3,4	91,0	0,0	9,0
Igual	84,6	5,4	10,0	87,0	7,3	5,7
Melhor	82,0	4,4	13,6	86,7	5,4	7,8
Em relação a si, há 12 meses						
Pior	82,8	5,2	12,1	73,4	10,5	16,1
Igual	84,4	4,5	11,2	87,9	5,6	6,5
Melhor	83,6	3,7	12,7	88,4	7,7	3,9
Total	83,7	4,5	11,8	85,3	6,9	7,8

(*) Estável: não mudou de provedor prioritário no período 2000/2006.

(**) Pr para Pb: era titular de plano privado de saúde em 2000 e deixou de sê-lo em 2006

(***) Pb para Pr: não possuía plano privado de saúde em 2000 e passou a possuir em 2006.

Fonte: Estudo SABE

As maiores proporções de avaliação da saúde atual como “ruim/péssima” estão entre os que mudaram para provedores privados, quando se considera o total da amostra. Quando se trata de comparação com pessoas de mesma idade, dentre as mulheres que mudaram de Pb para Pr, apenas 3,4% considera estar pior e 13,6% se avalia na categoria “melhor”. Para os homens desse subgrupo, a maior proporção – 7,3% – é a dos que avaliam estar nas mesmas condições de saúde que seus pares de mesma idade. Quando se comparam consigo mesmos, há 12 meses, as proporções são semelhantes, nas três categorias, tanto entre quem mudou para planos privados quanto para quem fez o caminho inverso (Tabela 26).

Entre os homens que mudaram para provedor privado, 11,8% consideram que sua saúde é ruim ou péssima e nenhum dos que fizeram o caminho inverso se classifica na pior condição. É possível que aqueles que se reconhecem como mais doentes adotem estratégias de mudança para o setor privado, dado que, na avaliação em relação a si mesmos há 12 meses e em relação a seus pares, também há maiores proporções de homens que mudaram de Pr para Pb. De todo modo, outros estudos epidemiológicos com pessoas idosas não encontraram associação entre autoavaliação de saúde negativa e posse de planos privados. Acontece exatamente o contrário nos estudos de Bahia e cols., em 2002²⁶, e Lima-Costa e cols., em (2002)¹⁶⁰.

Entre os indivíduos do grupo Pr para Pb não há discrepâncias quanto ao desempenho em ABVD, com exceção da variável “ir ao banheiro” (Tabela 27). Maia¹⁷⁶, em estudo sobre a mortalidade dos participantes do SABE em 2000, encontrou que o relato de “dificuldade para ir ao banheiro” foi a ABVD com maior peso para a determinação da mortalidade. O relato dessa dificuldade, algumas vezes negligenciado em avaliações de pessoas idosas, resultou numa informação importante para a análise de mortalidade, dado que a sua presença aumenta em mais de cinco vezes a probabilidade de morte.

As mulheres que migraram de Pb para Pr relataram maiores proporções de morbidade mas não tiveram grandes comprometimentos na capacidade funcional e avaliaram positivamente a própria saúde (Tabelas 25, 26 e 27). Tais dados, a princípio paradoxais, podem estar relacionados às questões de gênero já citadas. Grosso modo, o comportamento das mulheres é contraditório quando a literatura reporta que, embora tenham mais longevidade, relatam mais morbidade.

Tabela 27 – Proporção (%) de idosos segundo mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde e relato de dificuldade para a realização de atividades da vida diária. Município de São Paulo, 2000 e 2006.

Dificuldades na execução de Atividades da Vida Diária	Sexo					
	Mulher			Homem		
	Estável (*)	Pr para Pb (**)	Pb para Pr (***)	Estável	Pr para Pb	Pb para Pr
Caminhar no espaço de um cômodo						
Sim	93,1	1,5	5,4	92,0	6,2	1,8
Não	83,4	4,6	12,0	85,1	6,9	7,9
Vestir-se						
Sim	86,4	3,0	10,6	82,5	11,8	5,7
Não	83,3	4,7	12,0	85,6	6,5	8,0
Tomar banho						
Sim	88,2	3,5	8,3	93,3	6,7	0,0
Não	83,5	4,6	12,0	85,1	6,9	8,0
Comer						
Sim	97,6	0,0	2,4	97,8	0,0	2,2
Não	83,4	4,6	12,0	85,0	7,1	7,9
Deitar / levantar						
Sim	83,5	5,5	11,1	78,6	10,0	11,4
Não	83,7	4,4	11,9	85,6	6,8	7,6
Ir ao banheiro						
Sim	98,2	0,0	1,8	72,2	24,9	3,0
Não	83,3	4,6	12,1	85,5	6,6	7,9
Número de dificuldades						
0	83,3	4,8	12,0	85,8	6,4	7,8
1	83,0	2,6	14,4	75,8	12,7	11,5
2 ou mais	88,8	4,5	6,7	89,1	8,8	2,1
Total	83,7	4,5	11,8	85,3	6,9	7,8

(*) Estável: não mudou de provedor prioritário no período 2000/2006.

(**) Pr para Pb: era titular de plano privado de saúde em 2000 e deixou de sê-lo em 2006

(***) Pb para Pr: não possuía plano privado de saúde em 2000 e passou a possuir em 2006.

Fonte: Estudo SABE

No que tange ao uso de serviços, 15,6% das mulheres que mudaram de Pb para Pr e foram hospitalizadas tiveram esse procedimento pago pelo

SUS e 15,3% não realizaram os exames solicitados após a última consulta de saúde (Tabela 29). Além disso, mais de 11% não fizeram exames preventivos (mamografia e Papanicolau) que demandam recursos de média complexidade (Tabela 28). Esses dados corroboram a literatura que relata a tendência de que procedimentos de maior custo sejam realizados por provedores de natureza pública²²⁴.

No que diz respeito às ações de prevenção e uso de serviços de saúde, entre os que mudaram de Pr para Pb, 9,9% não realizaram exame de próstata (Tabela 28). Além disso, 21,6% não realizaram a totalidade dos exames solicitados em consulta médica (Tabela 29).

Tabela 28 – Proporção (%) de idosos segundo mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde e ações de prevenção realizadas em serviços de saúde. Município de São Paulo, 2000 e 2006.

Ações de prevenção realizadas em serviço de saúde	Sexo					
	Mulher			Homem		
	Estável (*)	Pr para Pb (**)	Pb para Pr (***)	Estável	Pr para Pb	Pb para Pr
Mamografia	82,7	5,3	12,0	...	...	...
Não	85,1	3,6	11,4	...	...	...
Sim	...	...	...	...	...	...
Papanicolau						
Não	83,0	5,8	11,3	...	...	...
Sim	84,3	3,2	12,5	...	...	...
Exame de próstata						
Não	...	...	...	85,0	5,1	9,9
Sim	...	...	...	85,4	9,6	5,0
Vacinação						
Não	88,6	4,1	7,4	82,6	11,4	5,9
Sim	81,5	4,7	13,8	86,4	4,9	8,7
Total	83,7	4,5	11,8	85,3	6,9	7,8

(*) Estável: não mudou de provedor prioritário no período 2000/2006.

(**) Pr para Pb: era titular de plano privado de saúde em 2000 e deixou de tê-lo em 2006

(***) Pb para Pr: não possuía plano privado de saúde em 2000 e passou a possuir em 2006.

Fonte: Estudo SABE

Tabela 29 – Proporção (%) de idosos segundo mobilidade entre provedores prioritários de serviços de saúde e uso de serviços. Município de São Paulo, 2000 e 2006.

Uso de serviços de saúde	Sexo					
	Mulher			Homem		
	Estável(*)	Pr para Pb (**)	Pb para Pr (***)	Estável	Pr para Pb	Pb para Pr
Quem pagou internação						
Outros	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
SUS	84,4	0,0	15,6	64,6	0,0	35,4
Plano	61,6	12,5	25,9	86,4	13,6	0,0
Intervalo marcação / atendimento (dias)						
<8	83,2	4,3	12,4	84,4	8,6	7,0
8 a 15	85,0	4,0	11,0	99,1	0,0	1,0
16 a 30	86,0	8,5	5,5	84,0	1,1	15,0
31 a 90	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
>90	83,6	3,7	12,6	89,1	0,0	10,9
Espera local atendimento (min)						
Não esperou	92,4	3,6	4,0	71,4	12,7	15,9
1 a 15 minutos	81,4	6,7	11,9	86,6	10,3	3,1
16 a 30	87,3	2,7	10,1	89,4	3,8	6,9
31 a 60	82,9	6,8	10,3	93,0	0,0	7,0
>60	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Profissional						
Outro	100,0	0,0	0,0	0,0	37,9	62,1
Médico	86,1	3,8	10,1	86,9	6,4	6,6
Exames complementares						
Não	82,0	2,7	15,3	86,3	6,1	7,6
Sim	87,8	4,3	7,9	85,5	7,2	7,3
Fez os exames						
Não/só parte	83,8	8,5	7,8	78,5	21,6	0,0
Sim, fez todos	88,6	4,0	7,5	88,6	6,1	5,3
Agendados	85,2	4,2	10,6	72,1	4,5	23,3
Porque não fez						
Outros	84,7	5,4	9,9	78,5	21,6	0,0
Problema não grave	58,2	41,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Custo	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	83,7	4,5	11,8	85,3	6,9	7,8

(*) Estável: não mudou de provedor prioritário no período 2000/2006.

(**) Pr para Pb: era titular de plano privado de saúde em 2000 e deixou de sê-lo em 2006

(***) Pb para Pr: não possuía plano privado de saúde em 2000 e passou a possuir em 2006.

Fonte: Estudo SABE

Bahia e cols., em 2002²⁶, num estudo acerca da presença de seleção adversa e risco moral na demanda por planos de saúde, utilizando dados da PNAD 1998, concluíram pela existência de uma "seleção favorável" dos riscos no segmento populacional vinculado aos planos de saúde. De acordo com aquele trabalho, a proporção de pessoas vinculadas a planos privados que considera seu estado de saúde muito bom é mais alta do que a de pessoas que contam unicamente com o SUS.

Lima-Costa e cols. em 2002¹⁶⁰, em estudo com população de 60 anos e mais, no município de Bambuí, concluíram que os usuários que contavam unicamente com o SUS referiram piores condições de saúde, fizeram menor número de consultas e utilizaram menor número de medicamentos prescritos.

As pesquisas citadas trabalham com amostras diferentes. A primeira usa dados secundários, representativos da população total do País, em 1998. A segunda analisa, de forma censitária, a população de um município de pequeno porte.

O presente estudo trabalha com uma amostra representativa de um município de grande porte e com população exclusivamente urbana. Embora não mostre evidências de que as razões epidemiológicas suplantem as motivações econômicas na determinação da posse de planos privados, apresenta dados que apontam para a necessidade de maiores investigações acerca do fenômeno da mudança de provedor entre pessoas com 60 anos e mais, haja vista as altas proporções de pessoas de ambos os sexos, com baixa escolaridade e de mulheres com condições crônicas que mudaram para provedores privados.

A análise da proporção de indivíduos que mudaram de um grupo para o outro confirma a hipótese de que não haveria mudança significativa de provedor de serviços de saúde no período 2000–2006. Há tendência de manutenção do provedor prioritário e, entre os que mudaram, há maiores proporções de pessoas com 80 anos e mais (14,8%) e com estado marital "separado" (7,7%). Embora sejam menos escolarizados, estão na segunda maior faixa de renda (3 a 4,99 salários mínimos) (Tabela 24).

Tendo em vista a literatura que mostra crescimento de titulares de planos privados com 60 anos e mais^{1,2,129,228,282}, os dados analisados confirmam que esse aumento se deve ao fato de que os titulares de planos e seguros estão envelhecendo. Ou seja, a população idosa não está adquirindo novos planos.

Foi confirmado o comportamento diferenciado das mulheres, também no que diz respeito às mudanças de provedor. As que mudaram, embora apresentem maiores proporções de morbidade, têm menos comprometimento em ABVD e boa autoavaliação de saúde. Tal constatação sugere que esse grupo pode estar buscando maior “proteção” contra seus agravos. Entretanto, continuam sendo internadas pelo SUS e não têm acesso irrestrito a exames preventivos de média complexidade.

Os dados encontrados nesta pesquisa mostram que o gênero também interfere no aspecto da mobilidade, estando em conformidade com a literatura que trata do comportamento diferenciado entre homens e mulheres no que concerne às questões de saúde^{64,146,179,277,284,285}. Também concordam com os estudos que mostram as mulheres com maior relato de morbidade, pior estado de saúde e maior comprometimento em ABVD^{162,214}, porém mais longevas^{53,122} e com maior tendência a implementar estratégias para ter acesso a serviços e melhorar a qualidade do seu estado de saúde^{96,97}.

7.3 – Fatores associados à posse de planos de saúde

As diferenças de natureza sociodemográfica e epidemiológica são complexas e não foi observada mobilidade significativa entre provedores de natureza pública e privada. Tais resultados implicam a necessidade de se determinarem os fatores associados às escolhas dos indivíduos, se houver, efetivamente, algum tipo de escolha.

A análise descritiva revelou uma tendência de associação entre características sociodemográficas favoráveis – renda e escolaridade altas – e posse de planos de saúde.

No aspecto epidemiológico – doenças referidas, autoavaliação de saúde, dificuldade na realização de ABVD, ações de prevenção e uso de serviços – não se percebem relações lineares que permitam a definição de perfis claramente diferenciados para indivíduos com e sem plano de saúde.

O modelo de análise de regressão logística – descrito no Capítulo 6 (Metodologia, item 6.7) – revela as associações descritas a seguir.

Em 2000, as variáveis associadas a ter plano de saúde, para o sexo feminino, eram ter altas escolaridade e renda; relatar osteoporose; avaliar a própria saúde como boa ou excelente, em relação a pessoas de mesma idade; não ter-se vacinado; ter recebido solicitação de exames complementares pós-consulta de saúde e ter sido atendido, na última consulta requerida, em um prazo inferior a 15 dias após a demanda (Quadro 15).

Quadro 15 – Variáveis associadas a ter plano privado de saúde, sexo feminino, ano 2000.

Variável	OR	p	IC	
Escolaridade (em anos de estudo)				
Nenhum	1,00			
1 a 3	2,81	0,01	1,25	6,31
4 a 7	3,86	0,00	1,72	8,66
8 e +	25,98	0,00	7,37	91,63
Renda (em salários mínimos)				
Menor que 1	1,00			
1 a 2,99	2,48	0,06 ^(*)	0,97	6,36
3 a 4,99	3,11	0,08 ^(*)	0,88	11,02
Mais de 4	3,82	0,01	1,45	10,05
Osteoporose				
Não	1,00			
Sim	2,14	0,01	1,22	3,75
Doença do pulmão				
Não	1,00			
Sim	1,84	0,18 ^(*)	0,76	4,50
Autoavaliação de saúde em relação a pessoas de mesma idade				
Pior	1,00			
Igual	2,33	0,03	1,10	4,96
Melhor	2,02	0,03	1,08	3,78
NS / NR	3,19	0,02	1,19	8,36
Vacinação				
Sim	1,00			
Não	3,05	0,00	1,53	6,07
Mamografia				
Não	1,00			
Sim	1,73	0,03	1,07	2,79
Solicitação de exames pós consulta de saúde				
Não	1,00			
Sim	3,46	0,00	1,63	7,33
Intervalo de tempo entre marcação e acesso a consulta de saúde (dias)				
31 ou mais	1,00			
16 a 30	2,90	0,03	1,14	7,39
8 a 15	8,58	0,00	3,85	19,14
Até 7	5,76	0,00	2,88	11,52

(*) Não significativo

Fonte: Estudo SABE

Para os homens, em 2000, as variáveis associadas a ter plano de saúde são alta escolaridade e realização de exame de próstata, ajustadas por renda, relato de osteoporose, autoavaliação de saúde e solicitação de exames (Quadro 16).

Quadro 16 – Variáveis associadas a ter plano privado de saúde, sexo masculino, ano 2000.

Variável	OR	P	IC	
Escolaridade (em anos de estudo)				
Nenhum	1,00			
1 a 3	1,71	0,34 ^(*)	0,56	5,24
4 a 7	1,97	0,18 ^(*)	0,73	5,32
8 e +	4,64	0,04	1,05	20,42
Exame de próstata				
Não	1,00			
Sim	2,50	0,02	1,20	5,20

(*) Não significativo

Fonte: Estudo SABE

Em 2006, as variáveis associadas com a condição de titular de plano de saúde, para o sexo feminino, foram ter alta escolaridade e alta renda; relatado osteoporose; recebido solicitação de exames complementares após consulta de saúde; realizado mamografia; recebido atendimento, quando do último acesso a serviço de saúde, em intervalo máximo de 30 minutos após a chegada ao local (Quadro 17).

Quadro 17 – Variáveis associadas a ter plano privado de saúde, sexo feminino, ano 2006.

Variável	OR	p	IC	
Escolaridade (em anos de estudo)				
Nenhum	1,00			
1 a 3	2,83	0,00	1,36	5,87
4 a 7	3,05	0,00	1,59	5,83
8 e +	5,37	0,00	1,81	15,92
Renda (em salários mínimos)				
Menor que 1	1,00			
1 a 2,99	1,33	0,36 ^(*)	0,72	2,46
3 a 4,99	1,83	0,18 ^(*)	0,76	4,45
Mais de 4	9,25	0,01	1,88	45,49
Osteoporose				
Não	1,00			
Sim	2,35	0,00	1,34	4,13
Solicitação de exames pós-consulta				
Não	1,00			
Sim	1,78	0,03	1,06	2,98
Mamografia				
Não	1,00			
Sim	2,20	0,00	1,43	3,38
Intervalo entre a chegada ao serviço e o efetivo atendimento (em minutos)				
31 ou mais	1,00			
16 a 30	3,72	0,00	1,41	9,84
1 a 15	4,54	0,00	1,72	1,20
Não esperou	1,83	0,32 ^(*)	0,55	6,09

(*) Não significativo
 Fonte: Estudo SABE

Para o sexo masculino, em 2006 foi associado à condição de titular de plano de saúde ter: alta renda; realizado exame de próstata e ter recebido atendimento, quando do último acesso a serviço de saúde, em intervalo máximo de 30 minutos após a chegada ao local (Quadro 18).

Quadro 18 – Variáveis associadas à condição de ter plano privado de saúde, sexo masculino, ano 2006.

Variável	OR	p	IC	
Escolaridade (em anos de estudo)				
Nenhum	1,00			
1 a 3	1,10	0,88 ^(*)	0,34	3,52
4 a 7	1,50	0,47	0,50	4,55 ^(*)
8 e +	3,44	0,05	0,99	11,96 ^(*)
Renda (em salários mínimos)				
Menor que 1	1,00			
1 a 2,99	1,95	0,11 ^(*)	0,86	4,43 ^(*)
3 a 4,99	6,16	0,00	2,12	17,91
Mais de 4	7,69	0,00	2,64	22,39
Exame de próstata				
Não	1,00			
Sim	2,57	0,02	1,21	5,47
Intervalo entre a chegada ao serviço e o efetivo atendimento (em minutos)				
31 ou mais	1,00			
16 a 30	5,73	0,00	1,95	16,82
1 a 15	3,85	0,00	1,44	10,33
Não esperou	1,40	0,63 ^(*)	0,36	5,48

(*) Não significativo
 Fonte: Estudo SABE

Os resultados encontrados confirmam a importância da variável renda na determinação do provedor de serviços. O número de anos de estudo confirmou a sua condição, frequentemente relatada na literatura, de *proxy* da renda. Para o sexo masculino, embora a renda não fosse significativa em 2000, a escolaridade o era. Em 2006, ambas são variáveis explicativas para a condição de titular de plano, para o sexo masculino.

O peso da renda como variável explicativa da opção por provedores privados é corroborado por outros trabalhos que investigaram características da população usuária de planos de saúde^{16,26,28,47,282}.

As variáveis relativas às condições de saúde se revelam muito mais como um “desfecho” relacionado com a “exposição” ao plano de saúde.

É plausível supor que as mulheres titulares de planos, em 2000, tiveram acesso a diagnósticos de doença do pulmão e osteoporose e não que adquiriram planos porque estavam cientes dessas condições. Essa conclusão é apoiada por outros fatores associados para ambos os sexos, nos dois períodos, tais como realização de mamografia e exame de próstata; pedido de exames complementares após consulta de saúde e menor intervalo entre marcação e realização de consulta entre os titulares de planos. Trata-se de ações representativas de atos e procedimentos médicos, relacionados com o acesso a recursos de média complexidade.

O sentido de “plano de saúde” como desfecho pode ser apreendido nos trabalhos de Lima-Costa e cols.¹⁶³ e Travassos e cols.²⁷⁶ No primeiro, encontrou-se maior consumo de serviços preventivos entre os filiados a planos, independente de sexo e escolaridade. O segundo mostra que a probabilidade de utilização de serviços de saúde pelos segmentos cobertos por planos privados é superior à dos não cobertos, mesmo depois de ajuste por idade, sexo e morbidade.

O alto consumo de serviços por pessoas que têm planos costuma ser o principal argumento a favor da existência de risco moral (*moral hazard*) na relação titular de plano *versus* operadora. Um estudo que compara dados das PNAD 2003 e 2008¹³⁰ mostra que os indivíduos sem plano de saúde apresentam maior prevalência de doenças crônicas. Entretanto, o mesmo trabalho ressalta as possibilidades de explicação: maior acesso a diagnósticos, pelos titulares de planos, o que facilitaria a detecção precoce de enfermidades; diferença de faixa etária a favor do envelhecimento dos titulares de planos e seleção adversa.

Acerca do aumento das doenças crônicas, no relatório da PNAD 2003 o IBGE¹²³ alerta para o fato de que a maior referência de doenças crônicas pode dever-se à mudança na formulação das perguntas que, tal como no presente estudo, a partir de 2003 passaram a requerer que a resposta dependesse de informação dada por um profissional de saúde. A partir desta condição, passaram a ter influência do acesso aos serviços de saúde que, no Brasil, apresentam desigualdade social desfavorável às pessoas de

menor renda mensal familiar. Sendo assim, a prevalência de doenças crônicas adquiriu o mesmo comportamento, variando positivamente com o rendimento, apresentando expressiva diferenciação em relação aos resultados da PNAD 1998.

Há alguns estudos mostrando que a população usuária de planos é mais envelhecida quando comparada com a população geral^{29,129,257} e que a influência das variáveis relativas ao estado de saúde não é significativa para explicar a condição de titular de plano privado^{47,160}. Outros, ao investigarem a classificação dos tipos de planos vigentes no Brasil, permitem o questionamento da validade dos argumentos baseados em informação assimétrica tais como risco moral e seleção adversa^{26,29}.

Bahia e cols.²⁶, tomando por base dados da ANS e da PNAD 1998, classificaram os planos de saúde em “empresariais privados”, “empresariais públicos”, “individuais” e “de dependentes”. Os dois primeiros tipos são definidos pela vinculação ocupacional do titular, ou seja, o indivíduo está vinculado àquele plano em virtude de pertencer a uma determinada categoria profissional e tem pouca ou nenhuma chance de escolha no que diz respeito às condições da contratação. O tipo que melhor representa uma clássica escolha no mercado é o dos “planos individuais”, adquiridos pelo indivíduo diretamente da operadora e pagos sem nenhum tipo de subvenção.

Segundo Bahia e cols.^{26,29}, em 1998 os planos empresariais representavam 60% e, em 2003, 50,1% do total. De acordo com esses trabalhos, os conceitos de assimetria de informações que propiciam a existência de risco moral e seleção adversa são limitados para os casos dos planos privados no Brasil. Os benefícios inseridos nos sistemas de proteção social engendrados por empregadores públicos ou privados baseiam-se na seleção prévia dos segmentos populacionais cobertos. Dado que *“a variação dos benefícios acompanha a estratificação do mercado de trabalho, as demandas associadas ao status de saúde e a sobreutilização de serviços podem estar atenuadas ou mesmo ausentes* (Bahia e cols., 2002, p. 672)²⁶.

Em consonância com a tese de inexistência de verdadeira assimetria de informações, há estudos mostrando a pouca significância das variáveis de condição de saúde para explicar a situação de titularidade de plano privado entre idosos ^{47,160} e que, entre as pessoas com planos de saúde, há maior proporção de autoavaliação de saúde como “boa” e “muito boa” ¹²³.

O Quadro 19 apresenta uma matriz das variáveis significativas em relação ao sexo e períodos de coleta.

Quadro 19 – Variáveis significativas para homens e mulheres idosos, após análise de regressão logística com variável dependente igual a ter ou não ter plano de saúde. Município de São Paulo, 2000 e 2006.

GRUPO AO QUAL PERTENCE A VARIÁVEL	MULHERES 2000	MULHERES 2006	HOMENS 2000	HOMENS 2006
Sociodemográficas	Alta escolaridade	Alta escolaridade	Alta escolaridade	
	Alta renda	Alta renda		Alta renda
Morbidade	Osteoporose	Osteoporose		
Autoavaliação de saúde	Boa / excelente (comparando com pessoas de mesma idade)			
Uso de serviços e ações de prevenção	Não fez vacinação	Fez mamografia	Fez exame de próstata	Fez exame de próstata
	Teve solicitação de exames após consulta	Teve solicitação de exames após consulta		
	Obteve atendimento em prazo de 16 a 30 dias após a demanda de consulta			
		Obteve atendimento em intervalo de até 30 minutos após chegada a local da consulta.		Obteve atendimento em intervalo até 30 minutos após chegada a local da consulta.

Fonte: Estudo SABE

O Quadro 19 revela que as variáveis significativas mais frequentes se relacionaram com o uso de serviços, no que diz respeito às consultas de

saúde ou à realização de ações preventivas. A única doença com associação significativa foi a osteoporose, cuja discussão, apresentada anteriormente no Capítulo 7, aponta para uma referência motivada pelo acesso a diagnóstico.

CAPÍTULO 8 – CONCLUSÃO

O homem que pensa viver sem outro, está equivocado; o homem que pensa que os outros não poderão viver sem ele, está ainda mais equivocado.
(Provérbio judaico)

A pesquisa confirmou que os usuários idosos, de modo geral, se enquadram nas descrições apresentadas por outros trabalhos acerca das associações entre uso de serviços de provedores de natureza pública ou privada, no que diz respeito às características sociodemográficas, ou seja, os mais ricos e escolarizados consomem mais planos de saúde. Entretanto, a análise do conjunto de variáveis de condições de saúde e respectivas inter-relações, não revela evidências de que os que não têm planos de saúde sejam mais doentes ou mais incapacitados funcionalmente. Além disso, os componentes da amostra não adquiriram mais planos privados. A tendência é de estabilidade de provedor, na fase da velhice e este, por sua vez, não representa uma livre escolha de mercado.

As diferenças encontradas – na comparação entre sexos, no tempo ou quanto ao provedor prioritário de serviços de saúde – acontecem de forma complexa e não linear, ressaltando a heterogeneidade entre grupos de idosos e a necessidade de estudos cada vez mais específicos.

No aspecto socioeconômico, há diferenças representadas pelas variáveis renda, escolaridade e condições de vida pregressa, cujas análises mostram resultados favoráveis aos titulares de planos e seguros privados.

No aspecto epidemiológico, as diferenças estão relacionadas com o uso de serviços e com os determinantes sociais da saúde. A única enfermidade associada à condição de titular de plano privado é a osteoporose, cujo diagnóstico demanda recursos de média complexidade, mais acessíveis em provedores privados. Além disso, entre 2000 e 2006, houve maior mortalidade entre os que não possuíam planos privados.

O grupo dos que não possuíam planos privados realizou menos prevenção secundária contra neoplasias e mais prevenção primária contra doenças respiratórias; esperou mais para ter acesso a consulta de saúde;

realizou menos exames pós-consulta; referiu menor número de doenças; teve maior proporção de avaliação negativa da própria saúde e relatou mais episódios de queda, principalmente o sexo masculino.

Os que tinham planos privados relataram menos dificuldades no desempenho em ABVD e menor adesão à vacinação. Entretanto, há diminuição das proporções de dificuldades em ABVD entre os que não tinham planos.

No que tange às diferenças entre homens e mulheres, embora os primeiros, de modo geral, tenham apresentado características epidemiológicas desfavoráveis, as mulheres relataram mais doenças e maiores proporções de avaliação negativa da própria saúde. Elas também aderem mais a planos privados. Os homens relatam mais episódios de queda e a proporção desse agravo para o sexo masculino no grupo Pb é a maior entre os quatro subgrupos e em ambos os períodos de coleta de dados.

Houve crescimento do relato de osteoporose entre os indivíduos do grupo Pb e diminuição entre os do grupo Pr. Não sendo plausível esperar a cura de doenças crônicas, é possível supor que tenha aumentado o acesso a diagnósticos.

As mulheres do grupo Pr – mais escolarizadas e com maior acesso a planos privados – apresentaram a maior proporção entre os que tinham três ou mais doenças. Em paralelo, os homens sem plano de saúde, também caracterizados como menos escolarizados, eram maioria na categoria “nenhuma doença referida”, reforçando a tese de que as enfermidades relatadas estão associadas com o acesso a diagnóstico.

Dentre os titulares de planos que se internaram em 2000, 11,1% tiveram sua internação custeada pelo SUS. Em 2006, essa proporção se eleva para 17,9%, indicando que o uso dos provedores de natureza pública aumenta com a idade.

Não houve mudança significativa de natureza jurídica de provedor prioritário de serviços de saúde durante o período considerado. Os participantes da pesquisa tenderam a permanecer nas mesmas situações de

provisão de serviços de saúde. Quem tinha plano privado manteve-se nessa condição e quem não tinha continuou recorrendo ao sistema público.

Dentre os que mudaram, há maiores proporções de migração da condição de titular de plano para a de não titular no grupo mais jovem (60–64 anos), ocorrendo o contrário entre os mais idosos. Os únicos segmentos em que a proporção de homens com planos privados supera a de mulheres na mesma condição são os de 70–74 e 80 anos e mais.

Dentre a minoria que mudou de provedor, há uma tendência de mudança para os de natureza privada entre as mulheres com condições crônicas (hipertensão, diabetes, doenças respiratórias, cardiovasculares e osteoarticulares) e entre os mais idosos. Vale ressaltar que, de forma paradoxal, as mulheres relataram maior carga de morbidade, mas avaliaram a própria saúde de forma positiva e não apresentaram grandes comprometimentos na capacidade funcional.

Uma constatação importante, que emerge das pesquisas em bases de dados nacionais, apresentadas na fundamentação do presente trabalho, é que o SUS é, certamente, o maior financiador dos provedores de natureza privada. Dados do CNES, apresentados no capítulo 2 (item 2.2), mostram que uma única unidade da federação – São Paulo – detém 24% dos estabelecimentos de saúde do País e que 91% dessa rede são compostos por estabelecimentos privados. Não sendo possível que os 9% de unidades de natureza pública atendam a toda a demanda dessa região, é inevitável perceber que a maior parte do consumo de serviços de saúde é financiada com recursos públicos. O Estado detém um poder de mercado, por ser o maior usuário da capacidade instalada da rede privada. Sendo assim, além da legitimidade política conferida pela Constituição Federal e por normas posteriores, detém a força econômica para reorganizar ações e atender às demandas de saúde da população.

CAPÍTULO 9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Se ages contra a justiça e eu te deixo agir, então a injustiça é minha.
Mahatma Gandhi*

Uma das vantagens do Estudo SABE é a sua especificidade e representatividade. São elegíveis indivíduos de 60 anos e mais, e a amostra representa a população idosa da maior cidade do País e do município com maior concentração de planos privados.

Apesar das vantagens da pesquisa SABE, este trabalho teve limitações relacionadas com fatores cujo controle extrapola os limites do contexto da pesquisa.

É possível que os idosos que não mudaram de provedor tivessem um tipo de plano em 2000 e tenham passado a ter outro tipo, de outra modalidade e distintas condições contratuais, com coberturas maiores ou menores, de melhor ou pior qualidade.

Também há que se reconhecer a possibilidade de ter havido, em 2000, maior nível de inconsistência de dados, no que diz respeito à titularidade de plano privado, pelo desconhecimento por parte do entrevistado da natureza jurídica do provedor prioritário de serviços.

A inconsistência também pode ter ocorrido por motivos subjetivos – questões de memória, estado emocional e outros – no que tange ao relato de dificuldades na execução de ABVD. O grupo Pb apresenta melhorias de desempenho, seis anos após a entrevista inicial. De qualquer forma, há que se notar que os mais frágeis provavelmente não responderam à segunda entrevista, dado que a maioria de perdas por óbito ocorreu no grupo Pb.

O crescimento do relato de osteoporose entre os indivíduos do grupo Pb e diminuição entre os do grupo Pr também podem ser atribuídos, em parte, a algum nível de inconsistência. Entretanto, não se descarta a possibilidade de aumento do acesso a diagnósticos para os que não tinham planos.

Não houve como controlar a condição de usuário exclusivo de provedor de serviços de saúde de natureza pública ou privada, em qualquer dos momentos de coleta de dados, limitação inerente a qualquer pesquisa com objetivos semelhantes, no contexto do sistema de saúde brasileiro.

A partir de 2006, diminuiu a possibilidade de inconsistência para a variável “tipo de plano”, com a introdução de uma pergunta, na entrevista, onde se pede que a pessoa responda se, além do SUS, conta com algum plano privado de saúde. A permanência das outras inconsistências citadas tem sido cada vez mais diminuída, por meio do treinamento dos entrevistadores, aperfeiçoado a cada ano.

A inexistência de sistemas de informações que levem em conta as particularidades das condições de saúde das pessoas idosas, bem como a ocorrência de discrepâncias entre bases de dados, citadas na justificativa, confirmou-se ao longo do desenvolvimento do trabalho e também pode ser vista como uma limitação

Algumas variáveis relevantes para a análise do uso de serviços não puderam ser exploradas por ter havido mudanças em questões específicas do instrumento de pesquisa em 2006, em virtude da alteração no desenho do estudo: era transversal multicêntrico e passou a ser longitudinal e nacional.

A ausência de investigação do motivo para a mudança ou estabilidade de provedor também se configura como uma limitação e, simultaneamente, uma delimitação. Não há, no instrumento de coleta de dados, questões específicas acerca da mudança ou estabilidade de provedor de serviços de saúde e, em que pese essa lacuna, a abrangência e extensão do questionário desaconselham o acréscimo de mais perguntas. Ademais, o número de indivíduos que mudou de provedor não permitiria o desenvolvimento de um modelo de regressão que explicasse tal motivação de forma confiável. Sendo assim, optou-se pela descrição das características dos que mudaram ou permaneceram estáveis, em relação às variáveis sociodemográficas e epidemiológicas. Uma aferição direta das motivações demanda outros estudos.

Em que pesem as limitações, esta pesquisa atingiu os objetivos propostos e pode contribuir para aumentar o nível de conhecimento acerca do que a literatura define como segmentação do mercado de planos e seguros de saúde.

O mercado é uma entidade abstrata, definida pela literatura econômica como a reunião de vendedores e compradores de bens e serviços. Embora falar de um direito humano fundamental em um contexto de mercado possa soar dissonante, o regime político onde os direitos humanos têm mais garantias é o democrático e, na democracia, o direito de empreender também é garantido. Daí decorre que empreendimentos envolvem trocas de bens e serviços, que cuidados com a saúde são serviços e que serviços desta natureza necessitam de rigorosa e contínua regulação estatal. E a simplificação econômica para neste ponto.

Em primeiro lugar, o ótimo funcionamento do mercado demanda livre escolha por parte de vendedores e compradores. Tal condição inexiste quando se trata de transações envolvendo empresas provedoras de cuidados e pessoas de saúde fragilizada ou em busca de proteção contra possíveis fragilizações futuras.

É possível questionar a noção de “escolha”, pela própria magnitude do segmento de pessoas cobertas por planos e seguros classificados nas categorias “estratificação passiva”²⁶ ou “adesão compulsória”⁹⁷, representadas pelos contratos estabelecidos no mercado de trabalho – público ou privado – e que representam a maioria dos planos e seguros no Brasil.

A categoria “planos individuais” – caracterizada por uma escolha real do beneficiário, que faz o contrato diretamente com a operadora e se responsabiliza pelo financiamento total do mesmo, sem se beneficiar nem mesmo de renúncia fiscal sobre o seu imposto de renda – representa a menor parcela de planos no mercado brasileiro^{26,29,97}. Tal segmentação invalida o uso indiscriminado dos conceitos de assimetria de informações, seleção adversa e risco moral no contexto das relações operadora e titular de plano privado de saúde.

Quando se propôs o objetivo de identificar fatores socioeconômicos e de saúde associados à condição de usuário prioritário de provedor de serviços de saúde de natureza privada ou pública, levou-se em conta a complexidade dos determinantes sociais e epidemiológicos que poderiam afetar a escolha do provedor de serviços de saúde.

Foi justamente o reconhecimento de tal complexidade que permitiu que se considerasse a influência de outros fatores, além dos recursos financeiros, que, caso confirmados, poderiam suscitar novos questionamentos, tais como a existência de vantagens reais na opção por planos privados num país com um sistema público de saúde universal e gratuito ou mesmo se a provisão de serviços de saúde é, efetivamente, uma escolha. Está claro que não é.

A maior proporção de mudança entre os mais idosos é um dado que leva à reflexão acerca das motivações não econômicas, tais como a prevalência de condições crônicas que levam à percepção do aumento da necessidade de cuidados e que tal necessidade acentuada não será atendida apenas no âmbito público do sistema. Trabalhos subsequentes podem se aprofundar nesse aspecto, investigando tanto as motivações para mudanças quanto a hipótese de o uso concomitante de provedores públicos e privados aumentar com a idade e com a necessidade de cuidados que demandam procedimentos mais complexos e mais caros.

Há baixa probabilidade de escolha – livre, autônoma, individual – no contexto do sistema de saúde brasileiro, para qualquer cidadão, independente de faixa etária. Tal afirmação se fundamenta tanto na teoria dos determinantes sociais de saúde quanto na da segmentação do mercado de planos e seguros. O provedor de serviços no Brasil é uma resultante de determinações sociais macro – tais como *status* ocupacional e de renda – e específicas – necessidades do indivíduo e formas de acesso a cuidados, entre outros.

Há que se reconhecer que o SUS conseguiu responder, de forma satisfatória, a demandas complexas tais como cirurgias cardíacas, transplantes, diálises e outros procedimentos de alto custo, outrora

inacessíveis a quem não pudesse pagar diretamente por eles. Por outro lado, não conseguiu organizar, de forma efetiva e eficaz, a Atenção Básica (AB), seja no nível primário ou secundário. Em que pese a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF), esta, por si só, não resolve todas as demandas da Atenção Básica.

Há pouca margem de escolha para quem, na velhice, se depara com uma doença (frequentemente mais de uma) e, simultaneamente, com o alto custo das tecnologias e insumos de saúde associados, além da dificuldade de acesso a cuidados. Ocorre o contrário, entre os formuladores de políticas e tomadores de decisão em saúde pública. A produção científica atual é suficiente para dar subsídios técnicos, e a legislação vigente garante a legalidade de decisões em prol do segmento idoso. Ou seja, os tomadores de decisão têm, ao seu dispor, fundamentação empírica para fazer face à sua responsabilidade técnica e política. Cabe a estes o exercício de suas competências e à sociedade a fiscalização dos atos e omissões do poder público, ou seja, cabe a todos o exercício de ações que, em língua inglesa, se expressam pelo termo *accountability*.

Os resultados encontrados embasam a recomendação de novos desenhos de estudos, ainda mais específicos, que abranjam outros municípios ou o território nacional. Há muito que se construir na busca de respostas acerca do modelo de cuidado mais adequado a uma população que cresce em número de indivíduos e de demandas de saúde e em face de um modelo de sociedade que necessita avançar na garantia dos direitos das pessoas, sem ignorar a realidade global do mercado de tecnologias e insumos de saúde.

Não se trata de considerar a existência de “dois sistemas de saúde” ou de posicionar-se a favor das perspectivas desastrosas previstas – e, para alguns atores da arena política, até desejáveis – para o Sistema Único de Saúde. O SUS deixa muito a desejar quanto às ações para a população idosa, e os resultados apresentados mostram que há diferenças importantes entre o sistema público e o privado, no que concerne ao atendimento das demandas da população idosa, havendo desvantagens para os que contam

unicamente com provedores de natureza pública. Contudo, o SUS avançou muito em diversos segmentos e outras situações. É inegável que ele representa um passo importantíssimo na conquista de direitos humanos fundamentais.

Não se pode aceitar o clichê “não funciona”, para um sistema que financia a maioria dos procedimentos complexos e caros tais como cirurgias cardiovasculares, transplantes, diálises, medicamentos de alto custo, tratamento e prevenção da AIDS, entre outros. Além disso, também é o SUS que financia todos os esquemas vacinais, para todas as faixas etárias, evitando e até erradicando doenças infecciosas que trariam ônus ao próprio sistema e perda de qualidade de vida (ou perda da própria vida) para os indivíduos.

Diante de constatações do presente trabalho – tais como o fato de que as pessoas idosas não mudam, de maneira significativa, de provedor prioritário de serviços de saúde e que uma minoria muda de provedor público para privado, independente dos fatores econômicos comumente associados à condição de titular de plano privado – a Atenção Básica aparece com um gargalo no sistema de saúde brasileiro. Sem a implantação de medidas que transformem bem elaboradas normatizações em ações concretas, se confirmará a perspectiva de Alves⁹, citado no início deste trabalho, de que mecanismos de exclusão social da população pobre e idosa crescerão na mesma proporção desse segmento populacional.

A análise das características socioeconômicas e de condições de saúde em face da condição de ter ou não ter plano privado ressaltou tanto os gargalos existentes no nível da Atenção Básica quanto a dificuldade de tradução do termo *accountability* para português do Brasil.

Uma das mais recentes legislações do SUS, o “Pacto pela Vida”, formalizado pela Portaria nº 399/2006, do Ministério da Saúde, estabelece, como uma de suas seis prioridades, a saúde do idoso. O termo de compromisso determina, para a esfera federal, os objetivos de disponibilizar a Caderneta do Idoso e o Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa, bem como apoiar estados e municípios em diversas ações tais como

a implementação de programas de educação permanente na área do envelhecimento. Tal conjunto de medidas não leva a crer que farão sentido para a pessoa que espera mais de noventa dias para conseguir uma consulta, como foi visto num dos resultados deste estudo.

Diante dos objetivos difusos em relação à saúde do idoso, que se destaque outra prioridade do Pacto: o fortalecimento da Atenção Básica. Nesse ponto, a maioria dos objetivos refere-se à Estratégia Saúde da Família – cuja resolubilidade não será aqui discutida – que, isoladamente, não atende às necessidades da população idosa.

Ressaltem-se, como exemplo, dois objetivos expressos para a Atenção Básica. O primeiro refere-se a “apoiar, técnica e financeiramente, os municípios, para que estes garantam a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços”. O segundo trata de “incentivar os municípios a aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais”.

Estes dois últimos objetivos, se atingidos, causariam mais impacto na saúde das pessoas idosas do que uma Caderneta onde seus dados são anotados, mas não se conta com um sistema de informação específico que propicie o seu uso como instrumento de gestão. E, neste caminho de sugestões práticas, pode-se elencar uma série de ações específicas, tais como a capacitação das equipes de Saúde da Família em Gerontologia e o financiamento de Centros de Referência em Saúde do Idoso, entre outros. A questão continua sendo a tradução, pragmática e não apenas semântica, do termo *accountability*.

A palavra *accountability*, de origem anglo-saxã, não tem tradução direta em idiomas de origem latina tais como português ou espanhol. A tradução mais próxima seria o termo responsabilização. De acordo com Sacramento²⁵¹, citando Frederich Moscher, *accountability* significa responsabilidade objetiva, a qual avança na medida em que valores

democráticos tais como igualdade, dignidade humana, participação e representatividade também avançam. Continua subjetivo. Uma tradução adequada, no presente contexto, para português do Brasil, deve ser “responsabilização objetiva de tomadores de decisão que administram os recursos públicos destinados à saúde”.

Ficou claro, nos resultados deste trabalho, que o provedor prioritário de saúde não é, na maioria das vezes, fruto de uma escolha individual. Ressalte-se, na finalização, que as escolhas coletivas devem ser passíveis de responsabilização objetiva e causar impactos positivos sobre as condições de saúde da população idosa. O resultado de tal impacto deve ser, no mínimo, proporcional aos elevados valores que os cidadãos – titulares de planos privados ou usuários exclusivos de provedores de natureza pública – despendem para financiar a atenção à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e saúde suplementar: um panorama do idoso com plano de saúde. Cad Informação Saúde Suplementar. Junho 2007. Disponível em: www.ans.gov.br.
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e planos privados de saúde: composição etária dos beneficiários e sua relação com despesas assistenciais. Cad Informação Saúde Suplementar. Março 2010. Disponível em: www.ans.gov.br.
3. Akin J, Guilkey D, Denton H. Quality of services and demand for health care in Nigeria: a multinomial probit estimation. Soc Sci Med. 1995;40(11):1527-37.
4. Albuquerque C, Piovesan MF, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(5):1421-1430.
5. Almeida C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Texto para Discussão nº 599. Brasília: Ipea; 1998. Disponível em www.ipea.gov.br.
6. Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. Int J Health Serv. 2000;30(1):129-62.
7. Almeida, A. A solução para o problema da saúde é mista e solidária. *Estud. Av.* 1999,3 (35);117-124
8. Almeida NA, Freitas RE. Famílias com idosos nas áreas urbana e rural: análise do dispêndio a partir da pesquisa de orçamentos familiares de 2002-2003. In: Silveira FG et al (orgs). Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: Ipea; 2007. 2v.
9. Alves D. Gastos com saúde: uma análise por domicílios para a cidade de São Paulo. In: Silveira FG et al (orgs). Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: Ipea; 2007. 1v.
10. Alves DC, Bahia L, Barroso AF. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;25(2):279-290.
11. Alves JED, Bruno MAP. População e crescimento econômico de longo prazo no Brasil: como aproveitar a janela de oportunidade demográfica? In: Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2006; Caxambu, BR. Disponível em www.abep.org.br.
12. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(8):1924-1930.
13. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(4):1199-207.

14. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1973; 51 (1) 95-124.
15. Andrade MV, Lisboa MB. Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. In: Silveira FG et al (orgs). *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas.* Brasília: Ipea, 2007. 1v.
16. Andrade MV, Maia AC. Demanda por planos de saúde no Brasil. In: Silveira FG et al (orgs). *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas.* Brasília: Ipea, 2007. 2v.
17. Andrade MV, Maia, AC. Diferenciais de utilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro. *Estud Econ.* 2009;39(1):7-38.
18. Andreazzi MFS. O seguro saúde privado no Brasil. [Dissertação de mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1991.
19. Andreazzi MFS, Andreazzi MAR, Carvalho DM. Dinâmica do capital e sistemas locais de saúde: em busca de uma análise integradora do setor saúde. *Interface (Botucatu).* 2006; 10(19):43-58.
20. Araújo DV, Oliveira JHA, Bracco OL. Custo da fratura osteoporótica de fêmur no sistema suplementar de saúde brasileiro. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2005;40(6): 897-901.
21. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med.* 1999;48(1):61-76.
22. Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in later life. *Br J Sociol* 1993;36:33-46.
23. Bahia L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: Negri B, Di Giovanni G (orgs.). *Brasil: radiografia da saúde.* Campinas: Instituto de Economia-UNICAMP; 2001.
24. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2001;6(2):329-339.
25. Bahia, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(5):1385-1397.
26. Bahia L, Costa AJL, Fernandes C, Luiz RR, Cavalcanti MLT. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002;7(4):671-686.
27. Bahia L, Simmer E, Oliveira DC. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(4):921-929.
28. Bahia L, Luiz RR. Informações sobre coberturas e preços de planos e seguros privados de saúde: as perspectivas da complementaridade entre fontes administrativas e de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(4): 878-880.
29. Bahia L, Luiz RR, Salm C, Costa AJL, Kale PL, Cavalcanti MLT. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a

- estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):951-965.
30. Bahia L, Costa NR, Stralen CV. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(Supl):1791-1818.
 31. Bahia L, Scheffer M. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Ed. UNESP; 2010.
 32. Ballantyne P. The social determinants of health: a contribution to analysis of gender differences in health and illness. *Scan J Public Health*. 1999;27(4):290-295.
 33. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo em Perspectiva*. 2008;22(2):19-29.
 34. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):305-313.
 35. Barbosa MLJ, Nascimento EFA. Incidência de internações de idosos por motivo de quedas, em um hospital geral de Taubaté. *Rev Biociências*. 2001;7(1):35-42.
 36. Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(2):172-81.
 37. Barreto SM, Giatti L, Kalache A. Gender inequalities in health among Brazilian older adults. *Pan American J Pub Health*. 2004;16 (2):110-117.
 38. Barreto, SM, Figueiredo, RC. Doença crônica, autoavaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(Supl 2):38-47.
 39. Barros RP, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. Texto para Discussão nº 686. Rio de Janeiro: Ipea; 1999.
 40. Barros RP, Carvalho M, Franco S, Mendonça R. Uma análise das principais causas da queda recente na desigualdade de renda brasileira. Texto para Discussão nº 1203. Rio de Janeiro: Ipea; 2006.
 41. Bartolome CA, Vosti SA. Choosing between public and private health-care: a case study of malaria treatment in Brazil. *J Health Econ* 1995;14(2):191-205.
 42. Belon AP. Evolução e diferenciais sociodemográficos da mortalidade por câncer de colo de útero, mama feminina e próstata entre idosos no Estado de São Paulo de 1980 a 2000 [Dissertação de mestrado]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas-Universidade Estadual de Campinas; 2006.
 43. Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Self-assessments of health: what do people know that predicts their mortality? *Res Aging*. 1999; 21:477-500.
 44. Bertolli Filho C. História da Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Ática; 2006.
 45. Blount JA. A administração da saúde pública no estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918. *Rev Adm Empresas*. 1972;12(4):40-48.

46. Bos AM. Health care provider choice and utilization among the elderly in a state in Brazil: a structural model. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(1):41–50.
47. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(1):113-20.
48. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):909-914.
49. Bueno, FS. Grande Dicionário Etimológico-Prosódico da Língua Portuguesa. São Paulo: Saraiva, 1996.
50. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.
51. Cação JC, Godoy MRP, Villas Boas PJF. Vacinação em idosos: dados atuais. In: 3º GERP-Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Sociedade Paulista de Geriatria e Gerontologia; 2003; Santos, BR. 2003.
52. Caetano SC, Iozzi R, Carneiro A. Percepção do estado de saúde do idoso na cidade do Rio de Janeiro-2006. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008; Caxambu, BR. 2008.
53. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para Discussão nº 858. Rio de Janeiro: Ipea, 2002.
54. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: Camarano AA (org). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. 77-105.
55. Camarano AA, Pasinato MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA (org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. 253-292.
56. Campos MPS. Risco de quedas em idosos atendidos num hospital público de Brasília. [Dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2008.
57. Capewell S, Graham H. Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities? *PLoS Medicine*. 2010;7(8):e1000320.
58. Caponi S. Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1665-1674.
59. Cardoso JH, Costa JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(6):2871-2878.
60. Cargan, L. Health: a cross-cultural examination of gender and marital status. *Alternative Lifestyles*. 1983; 6(2):103-114.
61. Carvalho DMT. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007;12(4): 879-892.

62. Carvalho EB, Cecílio LCO. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(9):2167-2177.
63. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):725-733.
64. Case A, Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*. 2005;42(2):189-214.
65. Castro MSM. A utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
66. CDC-Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*. 2005;54(8):1-40.
67. CEBRAP-Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Sistema público e privado de saúde. *Boletim Fundap-Cebrap*. 2009;2. Disponível em: <http://www.boletim-fundap.cebrap.org.br/n2/>.
68. Ceccim RB, Armani TB, Oliveira DLLC, Bilibio LF, Moraes M, Santos ND. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1567-1578.
69. Cesar CLG, Paschoal SM. Usos dos serviços de saúde. *In: Lebrão ML, Duarte YAO (orgs). Saúde, bem-estar e envelhecimento*. Brasília: Opas; 2003:225-237.
70. Cesari M, Landi F, Torre S, Onder G, Lattanzio F, Bernabei R. Prevalence and risk factors for falls in an older community-dwelling population. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002;57(11):M722-M726.
71. Cohen S, Janicki-Deverts D, Chen E, Matthews KA. Childhood socioeconomic status and adult health. *Ann NY Acad Sci*. 2010;1186:37-55.
72. CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília, DF; 2003.
73. CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. Brasília, DF; 2007.
74. Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertonani HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1501-1510.
75. Costa NR. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1453-1462.
76. Cruz AM, Bravo J, Rojas V. Conocimientos, creencias y prácticas respecto a las infecciones respiratorias agudas en adultos mayores de 65 años. *Cad Saude Publica*. 1999;15(4):851-857.
77. Currais L. From the malthusian regime to the demographic transition: contemporary research and beyond. *Econômica*. 2000;3:75-101.

78. Daufenbach LZ, Carmo EH, Duarte EC, Campagna AS, Teles CAS. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009;18(1):29-44.
79. Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1999.
80. Densen PM, Shapiro S, Einhorn M. Concerning high and low utilizers of service in a medical care plan, and the persistence utilization levels over a three-year period. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1959;37:217-250.
81. Dias EG, Duarte YAO, Lebrão, ML. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(2):258-267.
82. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1521-1534.
83. Dodet B. Immunity in the elderly. *Vaccine*. 2000;18(16):1565.
84. Donalisio MR, Ruiz T, Cordeiro R. Fatores associados à vacinação contra influenza em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):115-119.
85. Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO (orgs). *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde; 2003:183-200.
86. Eidt, C. Fome zero e vontade política. *Rev Espaço Acadêmico*. 2004;35.
87. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
88. Escosteguy CC, Portela MC, Lima SML, Ferreira VMB, Vasconcellos MTL, Brito C. Utilização de diretrizes clínicas em cardiologia na saúde suplementar no Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(5):400-405.
89. Escrivão Junior A, Koyama MF. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):903-914.
90. Espina CA, Tietboehl Filho C, Villanova CC. Impacto da vacinação anti-influenza na mortalidade e internação por pneumonia em maiores de 60 anos no Estado do Rio Grande do Sul. *Boletim da Saúde*. 2002;16(2):127-130.
91. Estrella K, Oliveira CEF, Sant'Anna AA, Caldas CP. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):507-512.
92. Evashwick C, Rowe G, Diehr P, Branch L. Factors explaining the use of health care services by the elderly. *Health Serv Res*. 1984;19(3):357-382.
93. Fabra AR. Neumonías en el anciano. *Antibiot Infecc*. 1996;4(2):5-13.

94. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(1):93-99.
95. Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcellos LCF, Silveira RMG. A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2006.
96. Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(2):405-416.
97. Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):585-598.
98. Favaret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Rev Ciênc Soc*. 1990;33(2):257-283.
99. Ferreira FHG, Leite PG, Litchfield JA. The rise and fall of brazilian inequality, 1981-2004. Policy Research Working Paper Series, 3867, The World Bank. 2006.
100. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface-Comunic Saúde Educ*. 2005;9(18):489-506.
101. Folland S, Goodman AC, Stano M. A Economia da saúde. 5.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman; 2008.
102. Foster CS, Ke Y. Stem cells in prostatic epithelia. *Int J Exp Pathol*. 1997;78(5):311-329.
103. Francisco PMSB, Donalisio MR, Latorre MRDO. Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(2):220-227.
104. Francisco PMSB, Donalisio MR, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à vacinação contra a influenza em idosos. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(4):259-264.
105. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1511-1520.
106. Freeborn DK, Pope CR, Mullooly JP, McFarland BH. Consistently high users of medical care among the elderly. *Med Care*. 1990;28(6):527-540.
107. Freedman VA, Martin LG. Contribution of chronic conditions to aggregate changes in old-age functioning. *Am J Public Health*. 2000;90(11):1755-1760.
108. Gallant MP, Dorn GP. Gender and race differences in the predictors of daily health practices among older adults. *Health Educ Res*. 2001;16(1):21-31.
109. Galobardes B, Lynch JW, Davey-Smith G. Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: systematic review and interpretation. 2004. *Epidemiol Rev*. 2004;26:7-21.
110. Gerschman S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1441-1451.

111. Gerschman S, Santos MAB dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Rev Bras Ci Soc.* 2006;21(61):177-190.
112. Gerschman S, Veiga L, Guimarães C, Ugá MAD, Portela MC, Vasconcellos MM et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):487-500.
113. Gonçalves IR, Padovani C, Popim RC. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1337-1342.
114. Gordis L. *Epidemiologia.* 4ª ed. Revinter: Rio de Janeiro; 2010.
115. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons: a meta-analysis and review of the literature. *Ann Intern Med.* 1995;123(7):518-527.
116. Hall SE, Holman CD, Wisniewski ZS, Semmens J. Prostate cancer: socio-economic, geographical and private-health insurance effects on care survival. *BJU Int.* 2005;95(1):51-58.
117. Hall SF. A user's guide to selecting a comorbidity index for clinical research. *J Clin Epidemiol.* 2006; 59(8):849-855.
118. Herranz-Amo F, Funez FA, Moreno MA, Fernández FJC, Rodríguez JC, Rodríguez RD et al. El cáncer de próstata en la comunidad de Madrid en el año 2000: I – Incidencia. *Actas Urol Esp.* 2003;27(5):323-334.
119. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Soc Sci Med.* 2003;57(5):861-873.
120. Ibañez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(Sup):1831-1840.
121. Ibanhes LC, Heimann LS, Junqueira V, Boaretto RC, Pessoto UC, Cortizo CT et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(3):575-584.
122. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos brasileiros responsáveis por domicílios. IBGE (2002). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.
123. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. IBGE, 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf.
124. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais V 21 – IBGE (2008). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=987
125. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. IBGE; 2010. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina.

126. IBOPE-Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. Pesquisa de opinião pública: uso de serviços de saúde. IBOPE; 2008. Disponível em: http://www.ibope.com.br/opiniao_publica/downloads/ibope_inteligencia1117_saude_jun08.pdf.
127. Idler EL, Hudson SV, Leventhal H. The meanings of self-ratings of health: a qualitative and quantitative approach. *Research on Aging*. 1999;21(3):458-476.
128. IESS-Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. IESS, Conjuntura Saúde Suplementar. 1ª ed. 2007. Disponível em <http://www.iess.org.br>.
129. IESS-Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. IESS, Conjuntura Saúde Suplementar. 3ª ed. 2008. Disponível em <http://www.iess.org.br>.
130. IESS. Perfil dos beneficiários de planos e SUS e o acesso a serviços de saúde-PNAD 2003 e 2008. Série IESS-0035.2010. Disponível em www.iess.org.br.
131. INCA-Instituto Nacional de Câncer. Relatório Anual 2004. Rio de Janeiro; 2005. Disponível em www.inca.gov.br.
132. INCA-Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2008-Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
133. INCA-Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
134. INCA-Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros para o rastreamento do câncer de próstata. Disponível em www.inca.gov.br.
135. IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. PNAD 2007 – Primeiras análises: Demografia e Gênero. Ipea-Comunicados da Presidência. 2008;11(3). Disponível em http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/comunicado_presidencia/08_10_07_Pnad_PrimeirasAnalises_N11demografia.pdf.
136. Jagger C, Mathews F. Gender differences in life expectancy free of impairment at older ages. *J Women Aging*. 2002;14(1-2):85-97.
137. Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ et al. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *Lancet*. 2006;368(9533):367-370.
138. Joung IM, van der Meer JB, Mackenbach JP. Marital status and health care utilization. *Int J Epidemiol*. 1995;24(3):569-575.
139. Kalache A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cad Saúde Pública*. 1987;3(3):217-220.
140. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):200-210.
141. Kanamura AH, Viana ALDÁ. Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):814-820.

142. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev Econ Sociol Rural*. 2005;43(1):29-44.
143. Kattainen A, Koskinen S, Reunanen A, Martelin T, Knekt P, Aromaa A. Impact of cardiovascular diseases on activity limitations and need for help among older persons. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(1):82-88.
144. Kilsztajn S, Sugahara GTL, Lopes ES. Planos privados e assistência à saúde do idoso no Brasil. In: Piola SF, Jorge EA (orgs). *Economia da Saúde: 1º Prêmio Nacional – 2004/coletânea premiada*. Brasília: Ipea : DFID; 2005.
145. Kleinbaum DG, Klein M. *Logistic regression: a self learning text*. 2nd ed. Springer-Verlag: New York, 2002.
146. Kruger DJ, Nesse RM. An evolutionary life-history framework for understanding sex differences in human mortality rates. *Human Nature*. 2006;17(1):74-97.
147. Last JM. *A Dictionary of Epidemiology*, 3. ed. New York: Oxford University Press; 1995.
148. Laurenti R, Mello JMH, Lebrão ML, Gotlieb SLD. *Estatísticas de Saúde*. São Paulo: EPU; 2005.
149. Lavy V, Germain JM. *Quality and cost in health care choice in developing countries*. Washington (DC): World Bank; 1994.
150. Leal RM, Matos JBB. Planos de saúde de assistência médica no Brasil: uma avaliação da regulação econômica dos produtos. *Rev Res Pvblica*. 2007;6(1):79-104.
151. Leal RM, Matos JBB. Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. *Rev Adm Empres*. 2009;49(4):447-458.
152. Lebrão ML. *Estudos de Morbidade*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1997.
153. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO (orgs). *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS-Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. 75-91.
154. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-141.
155. Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*. 2008;22(2):30-45.
156. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(2):269-291.
157. Lima ALGS, Pinto MMS. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciências, Saúde*. 2003;10(3):1037-1051.

158. Lima-Costa, MF. Fatores associados à vacinação contra gripe em idosos na região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(1):100-107.
159. Lima-Costa MF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JO, Vidigal PG, Barreto SM. Estudo Saúde e Envelhecimento de Bambuí. Abordagem metodológica e resultados preliminares de um estudo de coorte. *Rev Saúde Pública*. 2000;34:126-135.
160. Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(1):177-186.
161. Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. *Inf Epidemiol SUS*. 2002;11(2):91-105.
162. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):735-743.
163. Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchoa, E. A estrutura da autoavaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):827-834.
164. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998-2003). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):941-950.
165. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saúde Pública*. 2007;23(10):2467-2478.
166. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(4):247-257.
167. Lotufo, P. Como funciona a transição demográfica. *Revista do Portal*, agosto de 2010. Disponível em <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/como-funciona-a-transicao-demografica.html>.
168. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):733-40.
169. Loyola Filho AI, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;13(4):229-238.
170. Luizaga CTM. Mortalidade masculina no tempo e no espaço [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

171. Macedo LC. Participação e controle social na área de saúde: uma revisão bibliográfica [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP;2005.
172. Macera AP, Saintive MB. O mercado de saúde suplementar no Brasil. Documento de Trabalho nº 31, 2004. Disponível em: www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/.../doctrab31.
173. Maciel SSSV, Maciel WV, Teotônio PM, Barbosa GG, Lima VGC, Oliveira TF, Silva ETC. Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade. Rev AMRIGS. 2010;54(1):25-31.
174. Maia AC. Seleção adversa e risco moral no sistema de saúde brasileiro [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
175. Maia AC, Andrade MV, Ribeiro MM, Brito RJA. Estudo sobre a regulação do setor brasileiro de planos de saúde. SEAE/MF Documento de Trabalho nº 37. Disponível em https://gestaoseae.fazenda.gov.br/central_documentos/documento_trabalho/2006/dt_pac_seae_20061218_relatorio-20final1.pdf.
176. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLF. Risk factors for mortality among elderly people. Rev Saúde Pública 2006;40(6):1049-1056.
177. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(2):433-444.
178. Malta DC, Jorge AO. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(5):1535-1542.
179. Månsdotter A, Lindholm L, Öhman A. Women, men and public health – how the choice of normative theory affects resource allocation. Health Policy. 2004;69(3):351-364.
180. Mansur MC. O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
181. Marafon LP, Cruz IBM, Schwanke CHA, Moriguchi EH. Preditores cardiovasculares da mortalidade em idosos longevos. Cad Saúde Pública. 2003;19 (3):799-808.
182. Marmot MG. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet 2007;370(9593):1153-63.
183. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. Annu Rev Public Health. 1987; 8:111-135.
184. Martins AA, Franco TB, Merhy EE, Feuerwerker LCM. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. Physis. 2009;19(2):457-474.

185. Martins C, Leite F. Mudanças demográficas e saúde no Brasil – Dados disponíveis em 2008. Texto para Discussão nº 0017. IESS; 2008. Disponível em <http://www.iess.org.br>.
186. McFarland BH, Freeborn DK, Mullooly JP, Pope CR. Utilization patterns among long-term enrollees in a prepaid group practice health maintenance organization. *Med Care*. 1985; 23 (11): 1221-1233.
187. Medici AC, Beltrão KI. Transição demográfica no Brasil: uma agenda para pesquisa. *Planejamento e Políticas Públicas*. 1995;12:200-211. Disponível em: www.ipea.gov.br.
188. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cuadernos Médico Sociales*. 2001;81:43-60.
189. Mercadante OA. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman J (org). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
190. Milan GS, Trez G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE-eletrônica*. 2005;4(2).
191. Minari FC. *Morbidade: um estudo conceitual e empírico [Dissertação de mestrado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1997.
192. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações: 30 anos. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2003. Disponível em: www.saude.gov.br.
193. Ministério da Saúde. Produção editorial do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica – Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. Disponível em: www.saude.gov.br.
194. Ministério da Saúde. Portaria Ministério da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Regulamenta o Pacto pela Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br.
195. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial União*. 5 mar 2006;Seção 1:36.
196. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. (Série C. Projetos). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
197. Ministério da Saúde. Reforma Sanitária. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Sem data. Base de dados. Disponível em <http://bvsarouca.iciet.fiocruz.br> (Acesso em agosto 2010).
198. Montone, J. *Planos de Saúde: passado e futuro*. Rio de Janeiro: Medbook; 2009.
199. Neri AL. *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea; 2001.
200. Neri M, Soares WL. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1845-1856.

201. Neri M, Soares WL, Simas, HS. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas compensatórios aos idosos de baixa renda. *Ensaio Econômico* nº 645. Disponível em [http://www.fgv.br/cps/simulador/fontejuventude/Apresentacao/6Saude Idosos Texto Fim.pdf](http://www.fgv.br/cps/simulador/fontejuventude/Apresentacao/6Saude%20Idosos%20Texto%20Fim.pdf)
202. Nogueira SL, Geraldo JM, Machado JC, Ribeiro RCL. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. *Rev Bras Estud Popul*. 2008;25(1):195-198.
203. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde na região sudeste do Brasil. In: *Anais do X Seminário sobre a Economia Mineira*; 2002. Cedepiar-UFMG;2002.
204. Nunes ED. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(2):251-264.
205. O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, Suissa S. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *Am J Epidemiol*. 1993;137(3):342-354.
206. Ocké-Reis CO. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):1041-1050.
207. Ohmit SE, Monto A. Influenza vaccine effectiveness in preventing hospitalization among the elderly during influenza type A and type B seasons. *Int J Epidemiol* 1997;24(6):1240-1248.
208. Omran, A. The epidemiology transition. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1971;49(4):509-538.
209. Östlin P. What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report). 2005; <http://www.euro.who.int/Document/E87674.pdf>.
210. Pagliuca LMF, Feitoza AR, Feijão AR. Tétano na população geriátrica: problemática da saúde coletiva? *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001;9(6):69-75.
211. Palloni A, Peláez M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, Duarte YAO (orgs). *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS-Organização Panamericana de Saúde; 2003. p.15-32.
212. Parada R, Assis M, Silva RCF, Abreu MF, Silva MAF, Dias MBK et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Rev APS*. 2008;11(2):199-206.
213. Parahyba MI. Desigualdade de renda e funcionalidade dos idosos no Brasil. In: *XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais-ABEP*; 2004; Caxambu, BR.
214. Parahyba MI. Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. In: *XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais-ABEP*; 2006; Caxambu, BR.
215. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.

216. Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007;6(4):407-413.
217. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
218. Pereira Filho LT. Iniciativa privada e saúde. *Estudos Avançados*. 1999;13(35):109-116.
219. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(6):709-716.
220. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):351-362.
221. Pietro, MSZ. *Direito Administrativo, 22ª edição*, 2009. São Paulo: Atlas.
222. Pietrobon L, Prado ML, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis*. 2008;18(4):767-783.
223. Pietrobon L, Silva CM, Batista LRV, Caetano JC. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1589-1599.
224. Pina JA, Castro HA, Andreazzi MFA. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):837-846.
225. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
226. Pinho AA, França Junior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003;3(1):95-112.
227. Pinto, LF. O setor de saúde suplementar: acesso e cobertura populacional. Brasília: ANS; 2003. (Série Regulação em Saúde, 3). Disponível em www.ans.gov.br
228. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):85-98.
229. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar socio-antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010;10(2):191-197.
230. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Avaliação da oferta e demanda por serviços de média complexidade do DF e Entorno e relação com atenção básica. In: VIII Encontro ABRES; 2007; São Paulo, BR: http://www.abresbrasil.org.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=52.
231. Pluijm SM, Smit JH, Tromp EA, Stel VS, Deeg DJ, Bouter LM et al. A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3-year prospective study. *Osteoporos Int*. 2006;17(3):417-425.

232. Portela MC, Lima SML, Barbosa PR, Vasconcellos MM, Ugá MAD, Gerschman S. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):811-818.
233. Portela MC, Lima SML, Ferreira VMB, Escosteguy CC, Brito C, Vasconcellos MT. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva de seus dirigentes, no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):253-266.
234. Portela MC, Lima SML, Vasconcellos MTL, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Vasconcellos MM et al. Fatores associados ao uso de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares no campo da Saúde Suplementar no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1553-1565.
235. Portela MC, Lima SML, Ugá MAD, Gerschman S, Vasconcellos MTL. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):399-408.
236. Preston DB. Marital status, gender roles, stress and health in the elderly. *Health Care Women Int*, 1995;16(2):149-165.
237. Prior PM, Hayes BC. The relationship between marital status and health. *Journal of family Issues*. 2003;24(1):124-148.
238. Rahman MO, Barsky AJ. Self-reported health among older Bangladeshis: how good a health indicator is it? *Gerontologist*. 2003;43(6):856-863.
239. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):793-797.
240. Rao JNK, Scott AJ. On simple adjustments to chi-square tests with survey data. *Ann Statistics*. 1987;15:385-397.
241. Reis ML, Püschel VAA. Estratégia de saúde da família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp 2): 1308-1313.
242. Reyes-Ortiz CA, Al Snih S, Markides KS. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):362-9.
243. Ribeiro JM, Costa NR, Silva PLB. Política de saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. *Interface-Comunic Saúde Educ*, 2000;4(6):61-84.
244. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS- PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1011-1022.
245. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS ET al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):604-612.
246. Rodrigues RAP, Scudeller PG, Pedrazzi EC, Schiavetto FV, Lange C. Morbidity and interference in seniors' functional ability. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):643-8.

247. Roese A. Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
248. Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):777-794.
249. Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-48.
250. Rozenfeld S, Camacho LAB, Veras RP. Medication as a risk factor for falls in older women in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*, 2003;13(6):369-375.
251. Sacramento, ARS. Contribuições da lei de responsabilidade fiscal para o avanço da accountability no Brasil. *Cad Gestão Pública e Cidadania*. 2005;10(47):20-48.
252. Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1463-1475.
253. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1431-1440.
254. Santos JLF, Oliveira ML de. Condições pregressas. (In: Lebrão ML. NO PRELO).
255. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):795-806.
256. Santos MDM, Cazola LHO. Adesão à vacina de influenza na área urbana de Aquidauana-MS coberta pelo Programa Saúde da Família. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(2):145-148.
257. Sasson D, Silveira DP, Santos ISS, Machado JP, Souza SMM, Mendes S. Diferenças no perfil de mortalidade da população brasileira e da população beneficiária de planos de saúde. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAUDE (org). *Saúde Brasil 2006 – Uma análise da desigualdade em Saúde*. Série G- Estatística e Informação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
258. Sato FRL. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. *Rev Adm Pública*. 2007;41(1):49-62.
259. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):757-776.
260. Scheffer MC. Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no estado de São Paulo [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2006.
261. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC et al. Transição epidemiológica e estudo da carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):897-908.

262. Sclowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):340-349.
263. Scott WK, Macera CA, Cornman CB, Sharpe PA. Functional health status as a predictor of mortality in men and women over 65. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(3): 291-296.
264. Silva GGA. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(19):7-24.
265. Silva Junior AG, Alves MGM, Mascarenhas MTM, Silva VMN, Carvalho LC. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1489-1500.
266. Silva NN. Aspectos metodológicos: processo de amostragem. In: Lebrão ML & Duarte YAO (orgs). *O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS; 2003.
267. Silveira FG, Servo LM, Menezes T, Piola SF. *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Brasília: Ipea; 2007.
268. Simões CCS. *A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas*. São Paulo: Arbeit Factory Editora e Comunicação; 2006.
269. Singh-Manoux A, Nabi H, Shipley M et al. The role of conventional risk factors in explaining social inequalities in coronary heart disease: the relative and absolute approaches to risk. *Epidemiology*. 2008;19(4):599-605.
270. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):749-756.
271. Skelton D, Todd C. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? *World Health Organization 2004; Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>*.
272. Souza MC, Otero UB, Almeida LM, Turci SRB, Figueiredo VC, Lozana JA. Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):741-749.
273. Suominen-Taipale AL, Koskinen S, Martelin T, Holmen J, Johnsen R. Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *Eur J Public Health*. 2004;14(4):375-380.
274. Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(5):216-218.
275. Travassos C; Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supp 2):S190-S198.
276. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):133-149.

277. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5-6):365-373.
278. Ugá MAD, Lima SML, Portela MC, Vasconcellos MM, Barbosa PR, Gerschman S. Uma análise das operadoras de planos próprios de saúde dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):157-168.
279. Ugá MAD, Vasconcellos MM, Lima SML, Portela MC, Gerschman S. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):832-838.
280. UICC-Union for International Cancer Control. Evidence-based cancer prevention: strategies for NGOs. Geneve: UICC; 2004. p.180-193.
281. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):357-363.
282. Veras R, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(10): 2479-2489.
283. Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes RKW. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1119-1126.
284. Verbrugge LM. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav*. 1989;30(3):282-304.
285. Viacava F, Travassos C, Pinheiro R, Brito A. Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil. 2001. Disponível em: <http://ris.bvsalud.org/finals/BRA-3020.pdf>.
286. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):711-724.
287. Viana ALDÁ, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2008;18(4):645-684.
288. Vilarino MAM, Lopes MJM. Envelhecimento e saúde nas palavras de idosos de Porto Alegre. *Estud Interdisc Envelhec*. 2008;13(1):63-77.
289. Waldman EA. Vigilância em saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. (Saúde & Cidadania, 7).
290. World Health Organization (WHO). Uses of epidemiology in aging. Report of a scientific group. Geneva: WHO. Technical Report Series 706; 1984.
291. World Health Organization (WHO). Women, ageing and health: achieving health across the life span. Geneva: WHO; 1998.
292. World Health Organization (WHO). Manual on the prevention and control of common cancers. Geneve: WHO; 1998.
293. World Health Organization (WHO). The world health report 2006: working for health. Geneva: WHO; 2006.

294. World Health Organization (WHO). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: Commission on Social Determinants of Health; 2007.

ANEXOS

Pareceres de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



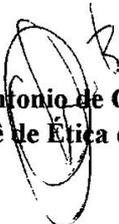
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

Of.COEP/67/99

24 de maio de 1999

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa, **aprovou**, em sua 3.^a/99, Sessão Ordinária, de 19.05.99, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Projeto de Pesquisa "AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NA AMÉRICA DO SUL E CARIBE", apresentado pelo pesquisador Ruy Laurenti, devendo ser remetido à CONEP conforme as normas da Resolução 196/96.

Atenciosamente,


Prof.Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP



Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

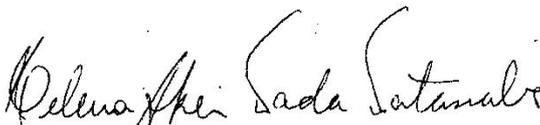
Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Of.COEP/83/06

14 de março de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **aprovou** o Protocolo de Pesquisa n.º 1345, intitulado: “PROJETO SABE-2005 – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO”, apresentado pela pesquisadora Maria Lúcia Lebrão.

Atenciosamente,


Helena Akemi Wada Watanabe
Professora Doutora

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP



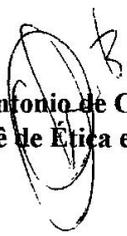
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

Of.COEP/67/99

24 de maio de 1999

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa, **aprovou**, em sua 3.^a/99, Sessão Ordinária, de 19.05.99, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Projeto de Pesquisa "AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NA AMÉRICA DO SUL E CARIBE", apresentado pelo pesquisador Ruy Laurenti, devendo ser remetido à CONEP conforme as normas da Resolução 196/96.

Atenciosamente,


Prof.Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

CURRÍCULOS DA AUTORA E DA ORIENTADORA

Currículo da autora

<http://lattes.cnpq.br/0717962265797343>

Formação acadêmica/Titulação

- 2000 - 2002** Mestrado em Ciências da Saúde
Universidade de Brasília, UNB, Brasil.
Título: Efeitos de um programa para idosos sobre o desempenho em testes de Atividades da Vida Diária, *Ano de Obtenção:* 2002.
Orientador: Jônatas de França Barros.
Palavras-chave: envelhecimento; educação física; qualidade de vida; independência; idoso.
- 1997 - 1999** Especialização em Gerontologia .
Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.
- 1991 - 1997** Graduação em Educação Física .
Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo

Artigos completos publicados em periódicos

HERNANDES, E. S. C ; Siqueira, FS; Duarte, E, Souza, E. Condicionais em saúde e alocação orçamentária no Programa Bolsa Família. Comunicação em Ciências da Saúde, 2009; 20(4): 291-384..

HERNANDES, E. S. C ; JONATAS DE FRANÇA . Efeitos de um programa de atividades físicas e educacionais para idosos sobre o desempenho em testes de atividades diárias. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 2003; v. 12: 43-49.

Livros publicados/organizados ou edições

DOMINGUES, M. A. ; HERNANDES, E. S. C. . Assistência ambulatorial ao idoso. 1. ed. Campinas: Alínea, 2010. v. 1. 454 p.

Atuação profissional

2000 - Atual Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental.

Outras informações O Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental é um servidor de Carreira de Estado, selecionado em concurso público de âmbito nacional pelo Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão e formado para trabalhar na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas nos diversos órgãos do poder executivo federal.

Órgãos onde atuou: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Presidência da República.

Currículo da Orientadora

<http://lattes.cnpq.br/5317708343061802>

Maria Lucia Lebrão

MARIA LUCIA LEBRAO CONCLUIU O DOUTORADO EM SAUDE PUBLICA PELA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO EM 1982. ATUALMENTE E PROFESSOR TITULAR DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO. PUBLICOU 23 ARTIGOS EM PERIODICOS ESPECIALIZADOS E 26 TRABALHOS EM ANAIS DE EVENTOS. POSSUI 5 CAPITULOS DE LIVROS E 5 LIVROS PUBLICADOS. POSSUI 104 ITENS DE PRODUCAO TECNICA. PARTICIPOU DE 13 EVENTOS NO BRASIL. ORIENTOU 9 DISSERTACOES DE MESTRADO E 3 TESES DE DOUTORADO NA AREA DE MEDICINA. RECEBEU 9 PREMIO E/OU HOMENAGENS. ATUA NA AREA DE SAUDE COLETIVA, COM ENFASE EM EPIDEMIOLOGIA. EM SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS INTERAGIU COM 49 COLABORADORES EM CO-AUTORIAS DE TRABALHOS CIENTIFICOS. EM SEU CURRICULO LATTES OS TERMOS MAIS FREQUENTES NA CONTEXTUALIZACAO DA PRODUCAO CIENTIFICA, TECNOLOGICA E ARTISTICO-CULTURAL SAO: MORBIDADE, DADOS HOSPITALARES, MORBIDADE HOSPITALAR, CID, CID PARA A PRATICA, CLASSIFICACAO INTERNACIONAL DE DOENCAS, CLASSIFICACAO INTERNACIONAL DE DONCAS, DEMANDA HOSPITALAR, ENSINO MEDICO E ESTATISTICA EM SAUDE, ESTUDOS DE ENVELHECIMENTO.