

## **Padrões Etários de Utilização de Serviços de Saúde no Brasil por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde \*♥**

**Mirian Martins Ribeiro\***  
**Ignez Helena Oliva Perpétuo♦**  
**Mônica Viegas Andrade♣**

Palavras-chave: padrões etários de utilização; cobertura por plano de saúde; programação de assistência à saúde.

### **Resumo**

Esse trabalho investiga os padrões etários de utilização de serviços de saúde, por sexo e cobertura por plano ou seguro de saúde, a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 (PNAD-2003). A idade apresenta uma associação com a necessidade e a predisposição à utilização dos serviços de saúde, dada sua relação com a distribuição de saúde e de doenças. A variável sexo influencia na necessidade, na predisposição e na decisão de busca por atendimento médico. Como a utilização de serviços de saúde é também determinada pela oferta, tanto seu padrão como seu nível podem ser diferenciados, quando comparadas populações com diferentes *status* de cobertura por plano de saúde. Entretanto, essas variáveis são pouco utilizadas no planejamento e regulação dos serviços de saúde no Brasil. O objetivo desse trabalho é contribuir para discussão de parâmetros assistenciais mais adequados para a programação da assistência no sistema público e para a regulação do mercado de planos de saúde, com base nesses padrões.

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

---

\* Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18 a 22 de Setembro de 2006.

♥ Com base na Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Demografia, 2005.

\* Universidade Federal de Minas Gerais / Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.

♦ Universidade Federal de Minas Gerais / Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.

♣ Universidade Federal de Minas Gerais / Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.

# **Padrões Etários de Utilização de Serviços de Saúde no Brasil por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde <sup>\*♥</sup>**

**Mirian Martins Ribeiro<sup>♦</sup>**  
**Ignez Helena Oliva Perpétuo<sup>♦</sup>**  
**Mônica Viegas Andrade<sup>♦</sup>**

## **1. INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas, tem havido uma preocupação crescente com as questões relacionadas ao cuidado médico-hospitalar, devido à elevação dos gastos com saúde. Parte significativa desta variação de gastos é explicada pela utilização de serviços de saúde.

A utilização é determinada pela necessidade do indivíduo de cuidado médico-hospitalares, cuja satisfação depende da oferta de serviços de saúde. Para que as necessidades transformadas em demanda sejam atendidas, é fundamental a existência de capacidade de oferta e de condições de interposição entre a disponibilidade e uso dos serviços de saúde. Os principais fatores relacionados à oferta são a disponibilidade, acessibilidade, quantidade, qualidade e financiamento de recursos humanos e tecnológicos voltados para a assistência à saúde, que podem tanto restringir como induzir a demanda (ANDERSEN, 1968; PHILLIPS et al., 1998; SAWYER et al., 2002).

No nível do indivíduo, características biológicas, sócio-econômicas e demográficas determinam a necessidade. Dentre essas características, as variáveis demográficas idade e sexo têm sido as mais usadas para estimar utilização de serviços de saúde. Essas são as características observáveis e com informação facilmente disponível para a maior parte das populações.

A idade apresenta uma associação com a necessidade e a predisposição à utilização dos serviços de saúde, vista sua relação com a distribuição de saúde e de doenças. Ao longo do ciclo de vida, o estado de saúde objetivo dos indivíduos, bem como a percepção sobre o mesmo, sofre mudanças, em função de transformações nas condições biológicas e deterioração das condições fisiológicas. Essas mudanças promovem, entre outras coisas, a variação da necessidade de cuidado médico, como forma de restabelecer parte do seu estoque de saúde (GROSSMAN, 1972; FOLLAND et

---

\* Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18 a 22 de Setembro de 2006.

♥ Com base na Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Demografia, 2005.

♦ Universidade Federal de Minas Gerais / Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.

♦ Universidade Federal de Minas Gerais / Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.

♦ Universidade Federal de Minas Gerais / Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.

al., 2001b). A relação da variável sexo com o uso de assistência à saúde decorre de fatores que influenciam na necessidade, na predisposição e na decisão de busca por atendimento médico. Homens e mulheres apresentam, características biológicas, fatores de exposição ao risco de adoecimento e funções sócio-culturais diferenciadas. As diferenças biológicas podem explicar variação na resistência e incidência de determinadas doenças entre homens e mulheres. Além disso, há uma demanda feminina por serviços de saúde, por motivos obstétricos e ginecológicos, durante o período reprodutivo<sup>2</sup>. A exposição ao risco de adoecimento, sobretudo decorrente do tipo de trabalho, dos hábitos de vida e de consumo, também tem sido destacada como uma das causas das diferenças por sexo na utilização de serviços de saúde. As relações de gênero explicam a variação na percepção da saúde e na decisão de busca pelos serviços ambulatoriais e hospitalares, tendo em vista os papéis sócio-culturais exercidos por homens e mulheres (VERBRUGGE, 1989; SASSI & BÉRIA, 2001; AQUINO et al., 1992; PINTO & SORANZ, 2004).

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

Os critérios de distribuição de recursos do Sistema Único de Saúde – SUS – são baseados em um modelo de regionalização e hierarquização. Por esse modelo, a oferta de serviços de saúde encontra-se atrelada ao nível de complexidade dos procedimentos, que quanto maior for maior será sua concentração em áreas de maior densidade demográfica. Assim, a programação da assistência à saúde ocorre com base nos “Parâmetros Assistenciais do SUS”<sup>3</sup>, que não consideram informações sobre estimativas de utilização, em função de atributos de risco dos indivíduos importantes para alocação de recursos de acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2001c).

De outro lado, a medicina suplementar, sobretudo na forma de planos e seguros de adesão individual, funciona sob uma lógica que resulta em dificuldade de acesso dos grupos mais vulneráveis da sociedade, no que diz respeito à necessidade. Isso ocorre porque os planos e seguros de saúde, sobretudo aqueles que funcionam com financiamento *per capita*, estabelecem preços com base em fatores de risco do indivíduo. A regulação do setor, que é bastante recente, busca diminuir essas dificuldades de acesso e a exclusão de grupos de maiores riscos. Para isso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – estabeleceu grupos etários para mudanças de preços, além de implementar um subsídio cruzado, com o objetivo de fazer com que os jovens e adultos (grupos de baixo risco) financiassem o acesso dos idosos (BRASIL, 1999). Em janeiro de 2004, tais grupos sofreram medicações para atender determinação do “Estatuto do Idoso”<sup>4</sup>,

---

<sup>2</sup>Entende-se por período reprodutivo o intervalo de idade em que as mulheres são férteis. Usualmente, considera-se em idades férteis, as mulheres entre 15 e 49 anos (CARVALHO, SAWYER & RODRIGUES, 1998).

<sup>3</sup>BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM de 12 de Junho de 2002 (BRASIL, 2002c).

<sup>4</sup> O capítulo 4, da Lei nº 10471 (Estatuto do Idoso) proíbe a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade (BRASIL, 2003b).

ficando definidos a seguinte segmentação: 0-18 anos, 19-23 anos, 24-28 anos, 29-33 anos, 34-38 anos, 39-43 anos, 44-48 anos, 49-53 anos, 54-58 anos, 59 e mais.

No entanto, não existem evidências de que tais faixas representem a segmentação apropriada do risco associado à idade, pois não existe relação direta entre gastos com saúde esperados e a regra de apuração proposta (ANDRADE, 2000). A imposição de regulação que busque ampliar acesso de grupos mais vulneráveis deve considerar variáveis de risco adequadas, para que as perdas não sejam maiores do que aquelas causadas pela ausência de regulação (VAN de VEN, 2000).

Nesse contexto, esse trabalho investiga os padrões etários de utilização de serviços de saúde, por sexo e condição de cobertura por plano ou seguro de saúde, com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 (PNAD-2003). O objetivo é identificar e comparar a estrutura e o nível de utilização de serviços, por idade, para homens e mulheres, pessoas com e sem plano de saúde. A comparação por cobertura de plano de saúde é relevante, uma vez que cada tipo de sistema de saúde assume características diferenciadas em relação à oferta, o que influencia a utilização de serviços médico-hospitalares. São investigados dois grupos de serviços de saúde: ambulatoriais, representados por consultas médicas, e hospitalares, representados por internações. Através desses padrões etários pretende-se contribuir para discussão dos parâmetros de cobertura adotados para a programação da assistência do SUS e da regulamentação das faixas etárias estabelecidas pela ANS.

## **2. MÉTODOS**

### **2.1. Fonte de Dados**

A base de dados utilizada é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios para o ano de 2003 – PNAD-2003, que contém um “Suplemento Saúde” com informações sobre acesso e utilização dos serviços de saúde. O uso de uma pesquisa de inquérito e de base populacional para investigação de padrões de serviços de saúde possibilita a identificação das pessoas que usam e aquelas que não têm contato com os serviços de saúde, ao contrário dos dados disponíveis nos serviços de saúde, que oferecem apenas informações sobre aqueles que utilizam o sistema. No caso da PNAD-2003, é possível, ainda, distinguir indivíduos segundo sua condição de cobertura por plano de saúde. Em vários países do mundo tem se intensificado o uso de pesquisas de inquérito populacional para orientar a formulação de políticas públicas e a alocação de recursos (CAMPOS, 1993; TRAVASSOS et al., 2000).

### **2.2. Variáveis Seleccionadas e Tratamento dos Dados**

Nesse trabalho, são analisados dois grupos de serviços de saúde: ambulatoriais e hospitalares. Para representar os serviços ambulatoriais, a variável utilizada é “consulta médica no ano”. Os serviços hospitalares são representados pelas “internações no ano”.

Em relação à cobertura por plano de saúde, os indivíduos são divididos em dois grupos: i) indivíduos cobertos por plano ou seguro de saúde; ii) indivíduos sem cobertura<sup>5</sup>. No caso dos serviços ambulatoriais, são considerados como tendo cobertura de plano privado de saúde todos os indivíduos que declaram ter pelo menos um plano de saúde. No caso dos serviços hospitalares, são considerados como sendo cobertos por plano de saúde, todos indivíduos que responderam ter plano de saúde que desse direito a internações.

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

### **2.3. Medidas de Utilização de Serviços de Saúde**

As medidas de utilização de serviços de saúde adotadas são diretas, não monetárias, relativas ao risco e à intensidade do uso, por não serem afetadas por diferenciais de preços, custos médios, entre outras coisas.

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

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

---

<sup>5</sup> A PNAD-98 define plano de saúde como: “contrato ou direito adquirido individualmente ou por meio do empregador (público ou privado), visando o atendimento de saúde a ser prestado por profissionais e/ou empresas de saúde (clínicas, hospitais, laboratórios, etc)”, garantido “pelo pagamento de mensalidade diretamente pela pessoa ou por terceiro, por seu empregador ou por meio de desconto mensal em folha de pagamento”. Foram considerados contratos estabelecidos por diversos tipos de instituições: “cooperativa médica, empresa de medicina de grupo, seguradora, empresa que funciona de forma mista como seguradora e provedora de serviços de saúde ou, ainda, com qualquer clínica, hospital, laboratório, etc” (IBGE, 2000).

Específica de Utilização de Internação” ( ${}_nTEI_x$ ), para cada grupo de idade “x” a “x+n”, segundo a cobertura de plano de saúde:

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

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

- ${}_nC_x$  é o número de pessoas com pelo menos uma consulta em um ano, em cada grupo de idade “x” a “x+n”, obtida pela variável ‘v1347’;
- ${}_nI_x$  é o número de pessoas com pelo menos uma internação em um ano, em cada grupo de idade “x” a “x+n”, obtida pela variável ‘v1369’;
- ${}_nP_x$  é o número de pessoas entre as idades “x” a “x+n”, nesse mesmo ano.

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

Essa componente é medida pelo “Número Médio Anual de Consultas, entre Usuários desses serviços, por Idade” ( ${}_nNMC_x^u$ ) e “Número Médio Anual de Internações, por Pessoa, entre Usuários desses Serviços, por Idade” ( ${}_nNMI_x^u$ ).

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

$${}_nNMC_x = {}_nTEC_x \times {}_nNMC_x^u$$

$${}_nNMI_x = {}_nTEI_x \times {}_nNMI_x^u$$

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

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

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

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

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

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

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

Com o objetivo de caracterizar as internações, é estimado o “tempo médio de permanência na última internação”, total (TMP) e por idade ( ${}_n\text{TMP}_x$ ).

## 2.4. Definição dos Grupos Etários

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

As amplitudes “n” dos grupos etários são estabelecidas com base em critérios quantitativos, agrupando-se as idades com taxas específicas de utilização de consultas e internações ( ${}_n\text{TEC}_x$  e  ${}_n\text{TEI}_x$ ) estatisticamente iguais. A comparação das taxas por idade é realizada por meio de testes de diferença de proporção, considerando como diferentes as taxas para as quais as estatísticas do “valor-p” fossem menores ou iguais a 5%. Os testes são construídos da seguinte forma:

- são calculadas as taxas de uso de para serviço de saúde analisado (consultas e internações), por idade simples, considerando como aberto o grupo de 75 anos ou mais;
- a taxa encontrada para a idade “x” é comparada às taxas das idades subsequentes (x+1, x+2, ..., x+n);

- as taxas de idades subseqüentes que se apresentem estatisticamente iguais à taxa da idade “x” são agrupadas formando uma faixa etária;
- a partir da idade consecutiva ao limite superior do grupo etário formado, é realizado um novo teste, e assim sucessivamente até obter todos os grupos.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Serviços Ambulatoriais

Os resultados encontrados apontam taxas e freqüências de uso de consultas maiores para as mulheres, comparadas aos homens, e para a população com plano de saúde, comparada àquela sem plano. No caso da população sem plano de saúde, as taxas de utilização de consultas são 49% e 66,5%, e o número médio de consultas entre usuários é de 3,3 e 4,0, para homens e mulheres, respectivamente. Na população com plano de saúde, essas medidas são 71,8% e 84,2%, 3,9 e 5,0 (freqüência entre os usuários), para homens e mulheres, respectivamente. O número médio de consultas *per capita* de 1,6 e 2,7, no caso dos homens, e 2,8 e 4,2, no caso das mulheres, para a população sem e com plano, respectivamente. É importante ressaltar que as medidas apresentadas são padronizadas por idade, de forma que o efeito da estrutura etária sobre os diferenciais por status de cobertura de plano de saúde é minimizado.

O padrão de utilização de consultas de consultas por idade, apresentado na FIG.1, aponta medidas elevadas nas idades extremas, para as duas condições de planos de saúde. Tanto as taxas de utilização como as freqüências entre os usuários são decrescentes até a adolescência, passando então a se elevar com a idade, para ambos os sexos. Porém, no caso das mulheres o ponto de inflexão é mais precoce e a intensidade com que as medidas se elevam é maior. Para os homens o crescimento dessas medidas é mais suave nas idades adultas, acelerando-se nas idades mais avançadas.

Não são observados diferenciais expressivos de nível, por sexo, entre crianças e adolescentes. Por outro lado, a partir das idades iniciais do período reprodutivo, as mulheres apresentam taxas e freqüências de utilização mais elevadas que os homens. Nas idades mais avançadas, as diferenças diminuem.

A população com plano de saúde apresenta maiores taxas e maiores freqüências de uso de consultas, para ambos os sexos. No caso das taxas de utilização, para os homens em idades adultas e avançadas, a população sem plano de saúde mostra uma variação maior por idade. Para as mulheres, inicialmente, as taxas crescem mais rapidamente na população sem plano.

No caso da freqüência, há um declínio mais acentuado entre as crianças e jovens, na população com plano de saúde. Em relação ao nível, a população com plano de saúde exibe números médios de consultas por pessoa maiores, em grande parte das idades. Tais diferenças são acentuadas entres as crianças, tendendo a diminuir com a idade. Isso indica que, embora haja diferenças nos riscos de utilização de serviços ambulatoriais em todas as faixas etárias, uma vez que os

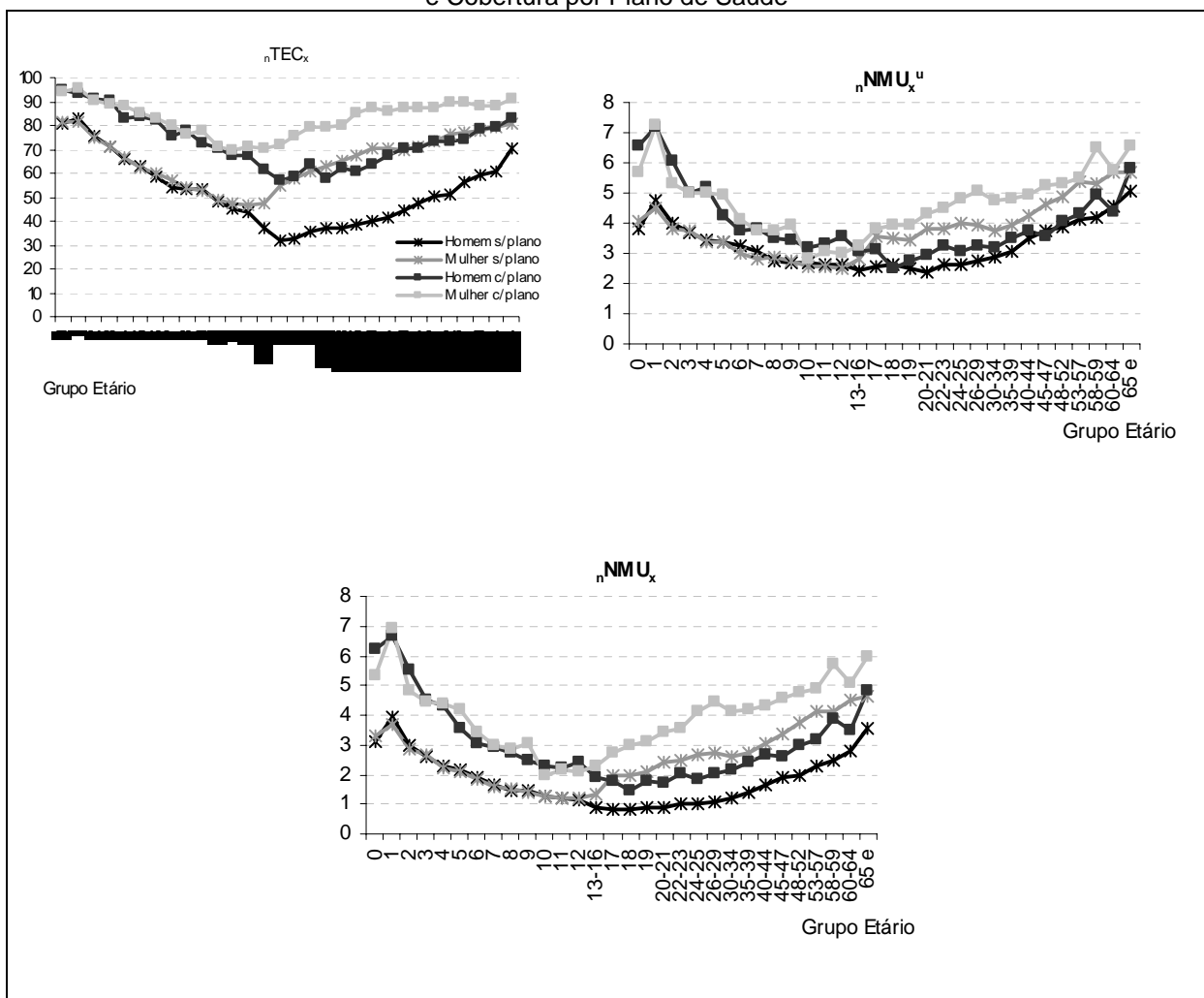


indivíduos recorrem e recebem a primeira consulta, as diferenças na frequência de uso, segundo o status de cobertura de plano de saúde, tendem a diminuir com o aumento da idade.

Como resultado da combinação das medidas anteriores tem-se o número médio anual de consultas. O padrão etário é semelhante ao das taxas e frequências de consultas. Observa-se um diferencial por sexo no nível de consultas, a partir das idades jovens. Com relação à condição de cobertura de plano de saúde, a população com plano apresenta maiores números médios de consultas para todas as faixas de idade resultante, principalmente, de maiores taxas de utilização.

**Figura 1: Brasil, 2003**

Padrões Etário das Taxas Específicas de Utilização de Consultas ( $nTEC_x$ ) (por 100), do Número Médio Anual de Consultas entre Usuários ( $nNMC_x^u$ ) e do Número Médio Anual de Consultas ( $nNMC_x$ ), por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde



Fonte dos dados básicos: PNAD-2003

### 3.1.1. Discussão

De modo geral, as mulheres apresentam tanto um maior risco de utilização como uma maior frequência de uso de consultas médicas, em grande parte das faixas etárias. Na infância, esses diferenciais são pequenos.

Em parte, a diferença na utilização de consulta, entre homens e mulheres, pode ser explicada pela variação na necessidade por sexo. Outra explicação amplamente destacada na literatura está no maior uso de serviços, por parte das mulheres, por motivos relacionados à saúde reprodutiva. Como visto, as maiores diferenças são observadas na fase adulta, nas quais as mulheres podem apresentar maior uso tanto por motivos relacionados à gravidez e por aspectos relacionados à saúde reprodutiva, como controle da fecundidade e necessidade de exames ginecológicos preventivos<sup>6</sup> (VERBRUGGE, 1989; KAZANJIAN et al., 2004; PINHEIRO et al., 2002).

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

Em relação à posse de plano de saúde, os números médios de consultas para as pessoas com plano de saúde são maiores, comparando medidas padronizadas por idade, resultado de diferenças observadas em, praticamente, todas as idades. Comparativamente a outras populações, o volume de consulta *per capita* mostra-se bastante inferior ao esperado, no caso da população sem plano de saúde (1,5 e 2,4, para homens e mulheres respectivamente). Apesar das diferenças demográficas, epidemiológicas, entre outras, entre populações, em média o número médio de consultas anuais, em várias populações, tem sido entre 3 e 4 consultas por pessoa (SASSI & BÉRIA, 2001; BLUMBERG, 1980).

O diferencial segundo posse de plano é resultado, principalmente, de maiores taxas de utilização de consultas observadas na população com plano, em todas as faixas de idade, para ambos os sexos. Embora essas taxas variem em função dos atributos de risco observados em cada população, os dados existentes para vários grupos populacionais mostram uma cobertura anual de

---

<sup>6</sup>Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso de serviços ambulatoriais maior entre a população feminina é associado à maior busca por diagnóstico e exames preventivos (VERBRUGGE, 1989). Essa pode ser uma explicação plausível para o fato das mulheres possuírem maiores frequências de uso.

consultas entre 60 e 80%<sup>7</sup> (BLUMBERG, 1980; SASSI & BÉRIA, 2001; KAZANJIAN et al.,2004).

As frequências de uso, somente entre usuários, também são maiores para população com plano, principalmente, para mulheres e crianças. Nesse caso, não se descarta a possibilidade de excesso de utilização, no caso da população com plano de saúde, em decorrência de risco moral, por parte de provedores e consumidores. A frequência de consulta sofre influência da decisão do médico, uma vez que esse profissional, além de prestar o serviço, decide sobre a necessidade de tratamento, consultas de retorno e encaminhamentos para outros serviços. Assim, na ausência de mecanismos de controle e racionalização do uso, pode haver conflito entre o nível de utilização que garante o bem estar do paciente e o que o médico espera ganhar, se prestar mais serviços. Além disso, o consumidor pode ter incentivo de se comportar diferentemente pelo fato de ter seguro e, assim, realizar mais visitas ao médico (ANDREAZZI, 2003; MIRANDA, 2003; VAN de VEN, 2000)<sup>8</sup>.

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

### **3.2. Serviços Hospitalares**

Os resultados encontrados mostram que as mulheres, comparativamente aos homens, e a população com plano de saúde, comparativamente àquela sem plano, apresentam as maiores taxas de utilização de internações. Entre as mulheres, 7,9% e 9,2% se internam no ano, na população sem e com plano respectivamente. No caso dos homens essas medidas são 5,2% e 6,2%, entre as pessoas sem e com plano de saúde, respectivamente.

Por outro lado, entre as pessoas que chegam a se internar durante o ano, os homens e a população que não possui plano de saúde apresentam as maiores frequências de uso desse serviço e o maior tempo de permanência na última internação. Isso indica que embora os homens, comparados às mulheres, e a população sem plano de saúde, relativamente à com plano, possuam menores riscos de internarem durante o ano, esses grupos apresentam maiores readmissões hospitalares e maior intensidade de uso desses serviços. Entre os homens que se internam, para cada 100, observam-se 142 internações, com média de permanência na última internação de 4,9 dias, para aqueles sem

---

<sup>7</sup> De acordo com SASSI & BÉRIA (2001), nota-se uma homogeneidade dos dados encontrados para vários países, apontando uma extrapolação dos limites geográficos, caracterizados por diferentes tipos de sistemas de saúde.

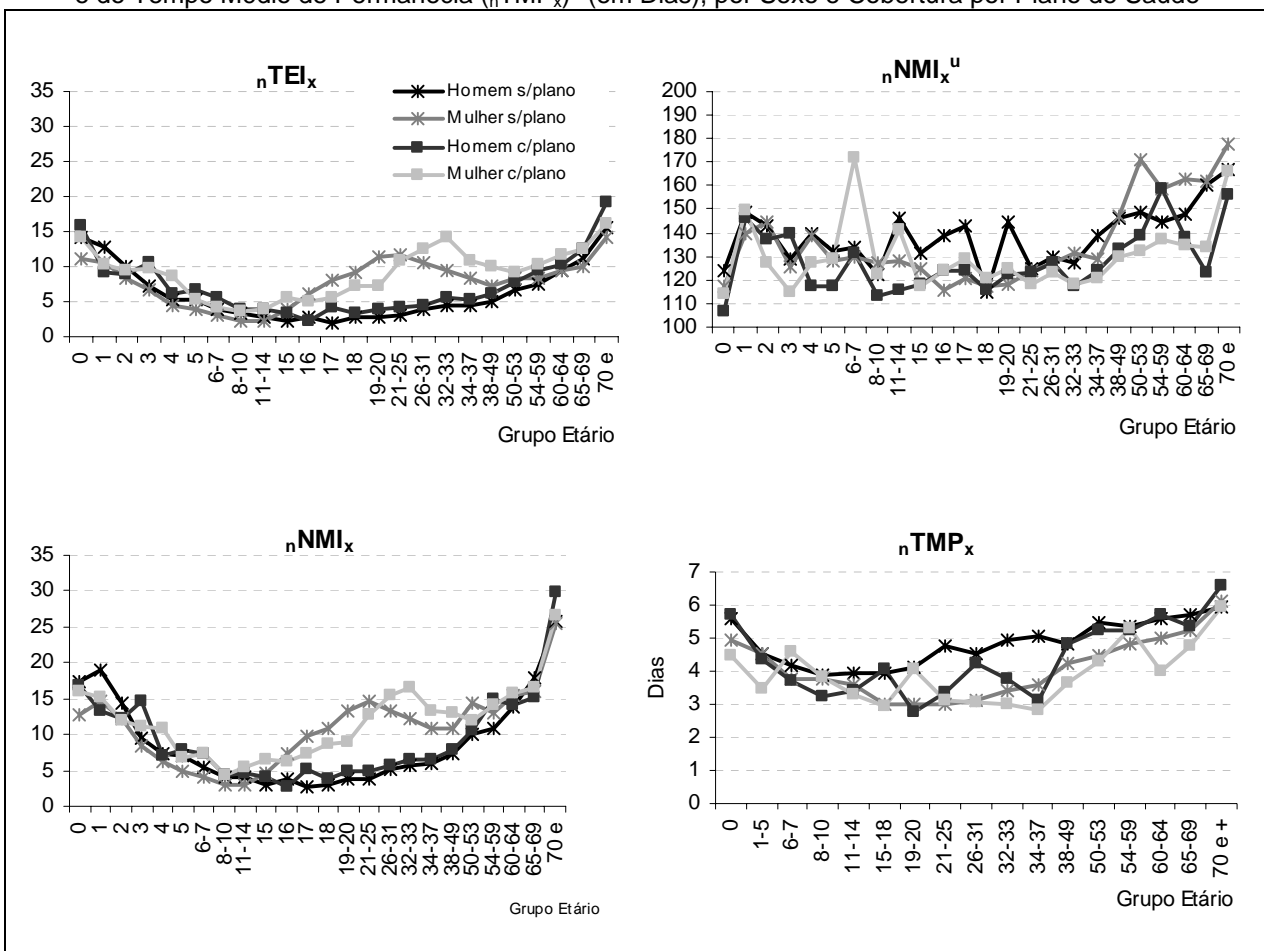
<sup>8</sup> STANCIOLI (2002) e MAIA (2004) verificam a presença de risco moral para consultas, no sistema suplementar no Brasil.

plano, e 135 internações com média de 4,7 dias, entre aqueles com plano. Entre as mulheres, essas medidas são de 138 internações e 4 dias, para aquelas sem plano, e 131 internações e 3,8 dias, entre a população com plano. As medidas obtidas para a população com plano de saúde são padronizadas por idade, tendo a população sem plano como padrão.

Como resultado da combinação do risco e frequência entre os usuários, o número médio de internações por 100 pessoas é de 7,4 e 8,4 entre os homens, e 10,9 e 12,1 entre as mulheres, na população sem e com plano, respectivamente<sup>9</sup>.

**Figura 2: Brasil, 2003**

Padrões Etário das Taxas Específicas de Utilização de Internações ( $nTEI_x$ ) (por 100), Número Médio Anual de Internações entre Usuários ( $nNMI_x^u$ ) (por 100), do Número Médio Anual de Consultas ( $nNMI_x$ ) (por 100) e do Tempo Médio de Permanência ( $nTMP_x$ ) (em Dias), por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde



Fonte dos dados básicos: PNAD-2003

<sup>9</sup> As medidas de utilização estão padronizadas usando a população sem plano como padrão.

O padrão etário de utilização de internações, apresentados na FIG.2, também aponta diferenças por sexo e condição de cobertura de plano. De forma geral, as taxas de utilização de internações decrescem rapidamente entre crianças, para ambos os sexos. No caso da população masculina, as taxas se mostram praticamente constantes, nas idades jovens, se elevando na fase adulta, com alto ritmo de crescimento nas idades avançadas. No caso das mulheres, as taxas se elevam rapidamente a partir do início do período reprodutivo, sendo o máximo atingido nas fases adultas, porém em idades mais tardias para a população com plano de saúde. A partir dessas idades, as taxas de internação decrescem rapidamente, voltando a se elevar nas idades avançadas. Essas diferenças por status de cobertura de plano de saúde, na população feminina, sugerem uma fecundidade mais tardia para as mulheres com plano.

As mulheres apresentam taxas de internação maiores que os homens durante todo o período reprodutivo, indicando que grande parte do diferencial uso de internações por sexo está relacionada a motivos ligados à reprodução<sup>10</sup>. Verificam-se taxas ligeiramente maiores para a população com plano de saúde, a partir das idades jovens, no caso dos homens, e a partir das idades adultas, no caso das mulheres.

Em relação à frequência de internações entre usuários, embora as medidas mostrem um grande grau de flutuação, observa-se uma tendência de elevação entre as idades adultas e avançadas. Na população com cobertura exclusiva do SUS, o número médio de internações masculino é maior, comparado ao feminino, nas idades do período reprodutivo. Quanto à cobertura por plano de saúde, no caso dos homens, as readmissões são mais frequentes entre aqueles sem plano nas idades adultas e avançadas. Entre as mulheres, as frequências de internações são maiores para entre aquelas sem plano, nas idades reprodutivas.

Como resultado das medidas anteriores, o padrão etário do número médio anual de internações por pessoa apontam as crianças, sobretudo menores de 1 ano, as mulheres em idade reprodutiva e as pessoas em idades avançadas como as maiores usuárias de serviços hospitalares. Os idosos figuram o primeiro lugar, entre esses grupos, visto terem evidenciado tanto um risco maior de internação, como uso mais frequente desses serviços durante o ano. As mulheres têm um número médio de internações *per capita* maior, durante o período reprodutivo, comparadas aos homens. A população com plano de saúde apresenta maior número médio de internações por pessoa, para alguns grupos etários, decorrente de maiores taxas de utilização.

Analisando a intensidade do uso das internações, verificam-se diferenças por idade (FIG.2). No caso das mulheres, a média de dias internados é mais alta nas crianças e idosas. Há um decréscimo dessa medida nas idades adultas, coincidindo com o período reprodutivo. No caso dos homens, o tempo médio de permanência na última internação é alta para os menores de 1 ano e decrescentes até a adolescência. A partir das idades jovens a intensidade de uso volta a se elevar, sobretudo na população sem plano de saúde, sendo que, nas idades adultas avançadas elas aumentam em um ritmo mais acelerado.

---

<sup>10</sup> Quando excluídas as internações por motivo de parto, as estruturas e os níveis das taxas de utilização de internação se tornam semelhantes para homens e mulheres (dados não apresentados).

Na população com cobertura exclusiva do SUS, as mulheres apresentam tempo médio de permanência menor, para a maior parte dos grupos etários, relativamente aos homens. Na população com plano de saúde, as internações entre as crianças têm duração média maior entre as mulheres. Quanto à condição de cobertura de plano de saúde, na população masculina, o tempo médio é maior para os cobertos apenas pelo sistema público, para grande parte das faixas etárias. Na população feminina, nas idades reprodutivas, a duração média das internações são semelhantes, para ambas as condições de cobertura de plano.

### **3.2.1. Discussão**

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

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

O fato das mulheres apresentarem maiores riscos de internação no ano, em parte, está relacionado às diferenças de morbidade por sexo. As mulheres apresentam indicadores de morbidade e necessidade maiores que os homens, o que torna seus riscos de internação maiores (CASTRO et al., 2002; NEWBOLD et al., 1995; PINHEIRO et al., 2002). Por outro lado, os homens exibem maior frequência e maior tempo médio de internação. Resultado semelhante é observado para população americana, onde o tempo médio de permanência no hospital é maior para a população masculina (NCHS, 1996; PINHEIRO et al., 2002). Uma hipótese é que, embora as mulheres declarem pior estado de saúde e apresentem maior frequência de doenças crônicas, os homens tendem a exibir excesso de morbidade relacionada às condições de maior gravidade e maior letalidade. Além disso, os homens usam menos os serviços preventivos, o que resulta em maior busca por serviços curativos, sob condições de saúde piores, comparados às mulheres (VERBRUGGE, 1989; PINHEIRO et al., 2002).

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

Existem algumas hipóteses para explicar as diferenças por cobertura de plano de saúde. A população com cobertura exclusiva do SUS apresenta taxas de utilização menores. Se comparadas aos Parâmetros Assistenciais do SUS, as taxas de cobertura de internações para população sem plano são baixas. Vários estudos sobre fatores associados às internações apontam a necessidade como o fator que mais explica a utilização das internações (CASTRO et al., 2002; NEWBOLD et al., 1995).

A hipótese explicativa seria que a população dependente do sistema público pode não estar tendo suas necessidades atendidas. Corrobora essa hipótese o fato de que resultados de estudos para o Brasil e outros países evidenciam uma maior utilização de internações, por parte de pessoas de piores condições sócio-econômicas. Isso ocorre porque essas pessoas têm maiores necessidades em saúde (HULKA & WHEAT, 1985). Assim, assumindo a hipótese de que as pessoas sem plano teriam piores condições socioeconômicas<sup>11</sup>, seria esperado que elas apresentassem maior utilização, relativamente àqueles com plano.

A desigualdade no uso de internações, em favor das pessoas com cobertura por plano, pode estar relacionada também ao maior uso de consultas por esse grupo. Como discutido, o percentual de pessoas com consulta no ano, assim com a frequência de consultas, é bem maior entre aquelas com plano de saúde, para todos grupos etários. Há estudos que sugerem uma relação direta entre uso regular de serviços de saúde e uso de internações hospitalares (CASTRO et al., 2002).

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

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

---

<sup>11</sup> Estudos apontam uma relação entre *status* socioeconômico e posse de plano de saúde no Brasil, mostrando que os planos de saúde cobrem uma parcela específica da população brasileira, caracterizada por maior renda familiar e maior inserção em atividades de mercado de trabalho (PINTO & SORANZ, 2004).

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

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

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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

O conhecimento dos padrões de utilização dos serviços de saúde é um importante instrumento para promover uso racional de recursos para cuidado com saúde e elevar a cobertura da população com maior necessidade. Nos países em desenvolvimento, os maiores desafios dos sistemas de saúde estão relacionados a problemas de disponibilidade e acessibilidade dos bens e serviços de saúde. Nesse sentido, informações sobre os padrões de uso de cuidado com saúde podem ajudar na adequação da assistência, às necessidades da população, e garantir maior acesso à oferta disponível, enquanto novos investimentos possam aumentar a disponibilidade de recursos, no longo prazo (CAMPOS, 1993).

Os padrões identificados nesse trabalho indicam uma grande variação de utilização dos serviços de saúde em função da idade, do sexo e da condição de cobertura por plano de saúde. As crianças, as mulheres em idade reprodutiva e a população em idade avançada apresentam as maiores taxas e freqüências de utilização de consultas e internações. A cobertura assistencial se apresenta maior para a população com plano de saúde.

No Brasil, como discutido, a programação da assistência no SUS é baseada em referências de utilização de serviços de saúde para toda população, não fazendo distinção do uso por idade e



sexo. No caso da assistência médica suplementar, a regulação estabelece, entre outras coisas, regras de apreamento por idade, além de estabelecer um subsídio cruzado em favor dos idosos. No entanto, as faixas etárias estabelecidas pela ANS não estão adequadas ao padrão de utilização de serviços de saúde.

No caso do SUS, a disponibilidade de parâmetros por idade e sexo seria relevante para políticas mais eficazes de distribuição de recursos, que garantisse maior cobertura assistencial. Isso porque a programação tem como objetivos principais garantir cobertura das ações em saúde, promover avaliação dos serviços prestados e, assim, estabelecer critérios mais equânimes de distribuição dos recursos (BRASIL, 2001a). Como no Brasil, existe uma grande disparidade demográfica entre regiões, parâmetros de uso de assistência à saúde por grupos etários possibilitaria, também, a identificação de diferenciais no volume de serviços utilizados, em razão de variação na estrutura etária, além de auxiliar na avaliação dos serviços prestados no controle dos gastos.

No caso da regulação da ANS, os padrões etários de utilização de serviços de saúde podem fornecer insumos para discussão da regulamentação das faixas etárias para determinação de preços de planos de saúde. Verifica-se que, de fato, a população idosa, beneficiada pelo subsídio cruzado, constitui-se num grupo cujos riscos, frequências e intensidade de uso dos serviços de saúde estão entre os mais altos, entre todas as idades. Embora não se tenha realizado uma análise dos custos médios envolvidos nos serviços consumidos, possivelmente esses também constituem uma pressão sobre os gastos envolvidos com atenção dos grupos etários mais avançados. Como visto, os tempos médios de permanência por internação são maiores entre os idosos<sup>12</sup>. Embora não defina os custos médios, essa medida pode ser vista como uma componente desses.

Por outro lado, a regulação não considera a existência de outros grupos populacionais com grande utilização. As mulheres em fase reprodutiva possuem taxas e frequências de uso de consultas relativamente altas, possivelmente relacionadas à gravidez ou à demanda por serviços preventivos. Para os serviços hospitalares, a população feminina apresenta maiores riscos de se internarem, em grande parte por motivo de parto. Mesmo que essas internações apresentem os menores tempos médios de permanência hospitalar, as mulheres em idade reprodutiva devem representar pressão sobre os gastos dos planos e seguros de saúde, em função do volume médio de serviços por elas utilizados. Além disso, deve-se adicionar os gastos relacionados com a assistência ao filho, visto que a regulamentação assegura cobertura assistencial ao recém nascido durante os primeiros dias de vida<sup>13</sup>.

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

---

<sup>12</sup> Estudos realizados com base em internações cobertas pelo SUS apontam custos médios por internação relativamente elevados nas idades mais avançadas (NUNES, 1999; BERENSTEIN, 2004).

<sup>13</sup> A regulamentação estabelecida pela Lei nº 9656/1998 prevê essa cobertura aos recém nascidos, filhos naturais ou adotivos do consumidor ou de seus dependentes (Artigo 12) (BRASIL, 1999).

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

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN, R. **A behavioral model of families' use of health services.** HAS Studies, University of Chicago Research Series, n.25, 1968.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2003a. 54p. (Série ANS, 4) Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/aans/publicacoes/serie\\_ans4.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/aans/publicacoes/serie_ans4.pdf)>. Acesso em 28/06/2004.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MIRANDA, C. R. **Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde**. Agência Nacional de Saúde, 2003. (Relatórios técnicos) Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT\\_AS\\_20\\_ClaudioMiranda\\_GerenciamentodeCusto.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_20_ClaudioMiranda_GerenciamentodeCusto.pdf)>. Acesso em 15/04/2005.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WENBERG, J. E. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to access the outcome of common medical practices. **Medical Care, v.23, n.5, p.51.**