

# Relatório da Pesquisa sobre Saúde com a PNAD de 1998 e 2003



CPP – Centro de Políticas Públicas

Inspere Instituto de Ensino e Pesquisa

São Paulo, 2009

# Índice

Introdução.....	03
Tabulações Iniciais.....	06
Tabulações Cruzadas da PNAD 1998 e 2003.....	07
1. O entrevistado declara ter deixado de realizar atividades habituais por motivos de saúde nas últimas duas semanas.....	07
2. O entrevistado padece de alguma doença crônica.....	14
3. Avaliação pessoal do entrevistado a respeito do estado de saúde.....	21
4. O entrevistado está conveniado a algum plano de saúde.....	28
5. Rede em que o entrevistado foi atendido, pública ou privada.....	35
6. O entrevistado foi atendido na primeira vez que procurou atendimento.....	42
7. Avaliação do atendimento de saúde.....	50
8. Pagou pelo atendimento.....	58
Regressões Lineares Simples.....	66
Considerações Finais.....	74
Referências.....	76

## Introdução

Os trabalhos desenvolvidos na área da saúde que serão comparados com outras literaturas têm como base o uso da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em que se usam essencialmente os microdados relacionados à utilização e acesso a serviços de saúde. O trabalho desenvolvido consiste no tratamento dos dados da pesquisa e na construção de um quadro geral do perfil do doente no Brasil. A título de comparação, serão utilizados uma série de trabalhos na área, entre eles os comentários realizados pela própria instituição que realizou a coleta dos dados – Acesso e Utilização de serviços de saúde de 1998 e 2003.

O suplemento de saúde se tornou uma série histórica a partir de 1998, pois a cada cinco anos são realizadas pesquisas financiadas pelo Ministério da Saúde, com seis blocos independentes nas respostas em que os entrevistados respondem questões a respeito de morbidade, cobertura por plano de saúde, acesso a serviços, utilização de serviços, limitação de atividades físicas e gastos privados com saúde.

A seleção da amostra da PNAD é feita em três estágios sucessivos: Municípios, setores e unidades domiciliares. No total são entrevistadas, anualmente, cerca de 110.000 domicílios, sendo que estes se localizam em municípios selecionados por importância amostral ou municípios selecionados aleatoriamente. É importante ressaltar que a PNAD só começou a abranger o território nacional completo a partir de 2004 quando a região rural dos estados do Norte do país foi incluída na estratificação.

A entrevista é feita através de um questionário em que a pessoa responde às perguntas por meio de alternativas padronizadas em que o entrevistador apenas deve assinalar com uma caneta a resposta que mais se adequa à do entrevistado. O questionário contém informações demográficas, cor ou raça, migração, escolaridade, e temas que são distribuídos ao longo dos anos, mas que não possuem um planejamento explícito. A pesquisa que diz respeito ao setor de acesso e utilização dos serviços de saúde foi feita nos anos de 1981, 1986, 1998 e 2003<sup>1</sup>. Existe a mais recente PNAD com suplementos de perguntas relacionados a acesso e utilização de serviços de saúde realizada em 2008, cuja divulgação acontecerá em setembro de 2009.

Quando a PNAD é realizada, o IBGE emite um relatório<sup>2</sup> que apresenta um formato também similar a algumas das características do presente trabalho. A população brasileira foi estimada em aproximadamente 176 milhões de pessoas no ano de 2003. Foram feitos gráficos que estudam o motivo por ter deixado de realizar a atividade profissional de acordo com o sexo da pessoa.

Um primeiro resultado esperado e confirmado com os comentários do IBGE se dá na análise da proporção de pessoas que deixam de exercer suas atividades por motivos de saúde. Quanto menor a renda

---

<sup>1</sup> “Os Suplementos de Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil”; TRAVASSOS, C.; VICAVA, F.; LAGUARDIA, J.; Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

<sup>2</sup> [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/notas\\_brasil.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/notas_brasil.pdf)

domiciliar maior a quantidade de pessoas que deixam de trabalhar por motivos de saúde uma vez que o acesso aos profissionais da saúde é reduzido por causa da dificuldade dessas pessoas encontrarem atendimento, ou informações a respeito de sua doença. A conclusão da renda inversamente proporcional à quantidade de pessoas que perderam dias de trabalho por causa de doença também é resultado da pesquisa do IBGE.

Muitas pessoas se auto-avaliaram com o estado de saúde “boa” ou “muito boa”, e poucas pessoas se apresentaram com estado de saúde “ruim” ou “muito ruim”. Esse resultado também foi obtido pelo IBGE sendo que quanto menor a renda do entrevistado, maior a chance da resposta ser negativa. As pessoas mais ricas tendem a tratar da saúde com maiores cuidados, pois possuem mais recursos para gastar e mais informação para evitar o adoecimento.

As pessoas que estão no campo respondem com maior frequência que estão em boas condições de saúde do que a população que vive na zona urbana do município. Esse fator pode ter relação com fatores psicológicos. Os níveis de stress das cidades grandes levam as pessoas a achar que seu estado de saúde está pior do que a realidade mostra de modo que a resposta sobre o estado de saúde seja alterada. As pessoas mais idosas possuem uma chance maior de responder que o estado de saúde está ruim (DACHS, 2002). Isso também é uma conclusão obtida no comentário do IBGE.

É interessante notar que há trabalhos como o de Maia, Andrade, Ribeiro & Brito (2003) que se utilizam do suplemento de saúde da PNAD do ano de 1998 onde visam analisar especificamente a qualidade dos serviços privados de saúde, ou das características microeconômicas do setor como, por exemplo, as características da demanda por planos de saúde privados no Brasil.

Há um artigo acadêmico de Aquino, Menezes & Amoedo (1992) que demonstra similaridades com a forma de usar a base de dados através da tabulação e tabulação cruzada em dois fatores. Chama-se “Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios”, em que se utiliza a PNAD de 1986 para verificar as diferenças no padrão de morbidade com relação ao gênero do indivíduo. O artigo relata que as mulheres apesar de viverem mais, procuram com maior frequência que os homens os serviços de saúde, além de outros fatores como tipo de doença mais freqüente em um sexo do que em outro.

A proporção de pessoas que tiveram suas atividades habituais interrompidas por motivos de saúde nas duas semanas que antecederam a pesquisa de 1998 foi de 6,49%, o resultado encontrado para a mesma variável pelo Comentário do IBGE sobre a PNAD 2003 foi de 6,9%. Nesse trabalho o valor encontrado foi de 7,08%.

No Brasil, a expectativa de vida das mulheres é maior que a dos homens, paradoxalmente foi encontrado nos resultados que as mulheres possuem maiores indicadores de morbidade, assim como maiores indicadores de procura por serviços médicos. Tais resultados são também encontrados em toda a literatura, assim como pode ser encontrado no trabalho de Aquino, Menezes & Amoedo (1992). Também nesse trabalho,

tal resultado foi justificado através da exposição diferenciada a fatores de risco, substancialmente no trabalho. Outra justificativa encontrada foi a diferença em que cada gênero reage, em percepção e em relato, à experiência de adoecimento. Por fim, também é relevante o fato de que as mulheres podem procurar mais serviços de saúde, pois muitas vezes não participam do mercado de trabalho podendo procurar esses serviços em horário comercial. Em percentuais, 8% das mulheres ficaram doentes em 2003 enquanto apenas 6% dos homens adoeceram, em 1998 o resultado é parecido com 7% para as mulheres e ainda 6% para os homens. No Comentário do IBGE sobre a PNAD 2003, foi encontrado que 7,6% das mulheres referiram restrição de atividades por motivo de saúde e os homens 6,1%.

Das famílias que possuem renda superior a 5 salários mínimos, uma menor porcentagem de pessoas deixaram de executar suas atividades habituais por motivo de saúde. Nos resultados obtidos pelo Comentário do IBGE sobre a PNAD 2003 a relação da morbidade com a renda domiciliar é também inversa, aumentando de forma monotônica com a diminuição dos rendimentos.

Segundo o Comentário do IBGE sobre a PNAD 2003, 25,7 milhões de pessoas, ou seja, 14,6% da população do País buscaram atendimento de saúde nos 15 dias precedentes à entrevista. A tendência encontrada confronta a ocorrência de doença pelo ano de nascimento mostrando que existe uma relação de quem adoeceu e de quem procurou atendimento de saúde. No comentário do IBGE, constatou-se que a maior procura a serviços de saúde se deu pelos indivíduos de 60 anos de idade ou mais. A mesma relação também foi encontrada nesse trabalho. Como já explicado anteriormente, a maior frequência de procura por serviços de saúde se deu por parte da parcela feminina da população. Tal resultado pode ser encontrado em toda literatura internacional, inclusive nesse trabalho.

Confirma-se através da pesquisa a intuição de que quanto maior a idade, maior a ocorrência de doenças crônicas. Da totalidade de entrevistados em 2003, 29,67% possuem pelo menos uma delas (o resultado encontrado pelo IBGE foi de 29,9%). Já em 1998, 31,93% dos entrevistados possuíam alguma doença crônica, ocorreu, portanto, uma diminuição nos casos no período pesquisado. No comentário do IBGE se confirmou a tendência bastante clara de aumento de ocorrência da doença crônica conforme aumenta a idade do indivíduo.

Com relação à renda familiar, não foi encontrada uma relação clara entre renda e ocorrência de doenças crônicas. Apesar de existir uma tendência muito leve na pesquisa de 2003, naquela feita em 1998 essa tendência era inexistente, portanto foi considerada como insignificante. No IBGE o resultado encontrado foi um tanto quanto diverso, verificaram uma relação direta entre proporção de pessoas com doença crônica e rendimento mensal familiar.

## Tabulações Iniciais

<b>Ano de Nascimento</b>	(%) 1998	(%) 2003
0 a 4 anos	15,88	9,20
5 a 9 anos	11,53	20,46
10 a 14 anos	22,90	23,26
15 a 19 anos	9,01	9,77
20 a 24 anos	10,87	10,02
25 a 39 anos	10,77	9,49
40 a 59 anos	9,87	9,61
60 anos ou mais	9,17	8,20
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100</b>

### Auto-Avaliação do

<b>Estado de Saúde</b>	(%) 1998	(%) 2003
1 - Muito Bom	26,82	23,49
2 - Bom	51,91	54,64
3 - Regular	17,59	18,44
4 - Ruim	3,02	2,85
5 - Muito Ruim	0,65	0,58
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### Deixou de Realizar Atividades por Motivo de Saúde

	(%) 1998	(%) 2003
2 - Sim	6,49	7,08
4 - Não	93,51	92,92
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Rede Pública ou privada</b>	(%) 1998	(%) 2003
1 - Pública	57,14	61,49
3 - Particular	42,86	38,51
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Renda Domiciliar</b>	(%) 1998	(%) 2003
1 - Até 1 Salário Mín.	20,41	13,13
2 - De 1 a 2 Salários Mín.	25,89	20,61
3 - De 2 a 3 Salários Mín.	16,11	17,08
4 - De 3 a 5 Salários Mín.	16,43	20,45
5 - Além de 5 Salários Mín.	21,15	28,73
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Sexo</b>	(%) 1998	(%) 2003
2 - Masculino	48,766	48,74
4 - Feminino	51,234	51,26
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Ocorrência de Doença Crônica</b>	(%) 1998	(%) 2003
1 - Sim	31,93	29,67
2 - Não	68,07	70,33
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### Procura por Atendimento de Saúde nas Últimas duas Semanas

	(%) 1998	(%) 2003
2 - Sim	13,22	14,44
4 - Não	86,78	85,56
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Anos de Estudo</b>	(%) 1998	(%) 2003
1 - 0 a 4 Anos de Estudo	45,48	39,59
2 - 5 a 8 Anos de Estudo	27,60	26,28
3 - 9 a 11 Anos de Estudo	11,62	13,22
4 - Mais que 12 Anos de Estudo	15,30	20,91
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Possui Plano de Saúde</b>	(%) 1998	(%) 2003
1 - Sim	24,478	23,609
2 - Não	75,522	76,391
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Cor ou Raça</b>	(%) 1998	(%) 2003
1 - Branca	0,64	0,58
2 - Parda	42,57	45,36
3 - Preta	5,91	6,32
4 - Outros	50,88	47,73
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Região Urbana ou Rural</b>	(%) 1998	(%) 2003
1 - Urbano	81,69	85,68
2 - Rural	18,31	14,32
Total	100	100

<b>Regiões da Federação</b>	(%) 1998	(%) 2003
1 - Norte	7,56	11,23
2 - Nordeste	32,10	32,72
3 - Sudeste	33,05	29,62
4 - Sul	16,68	15,55
5 - Centro Oeste	10,61	10,88
Total	100	100

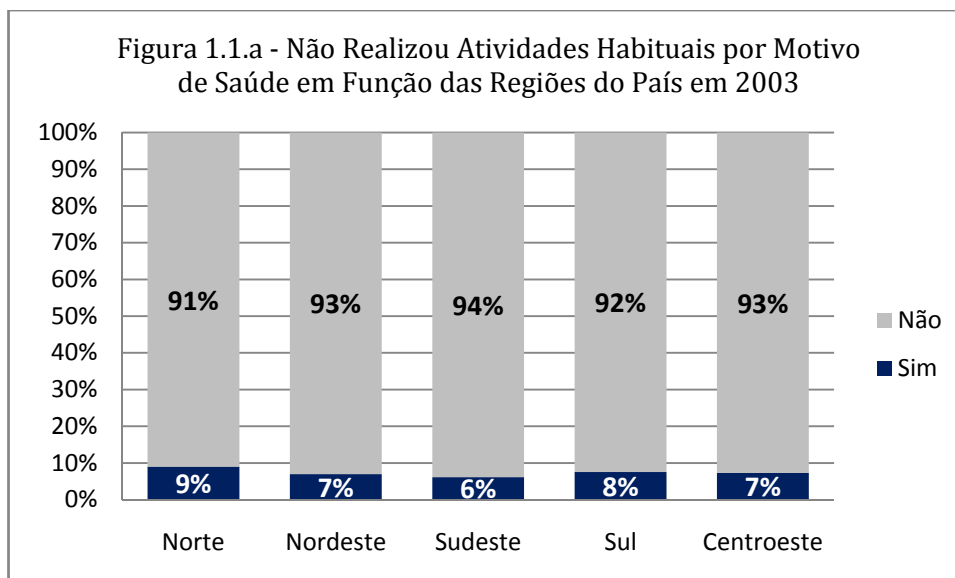
<b>Avaliação do Atendimento</b>	(%) 1998	(%) 2003
1 - Muito Bom	23,75	24,14
2 - Bom	57,77	58,84
3 - Regular	15,49	14,76
4 - Ruim	1,97	1,47
5 - Muito Ruim	1,02	0,78
Total	100	100

<b>Pagou pelo atendimento</b>	(%) 1998	(%) 2003
1 - Sim	15,89	14,9
3 - Não	84,11	85,06
Total	100	100

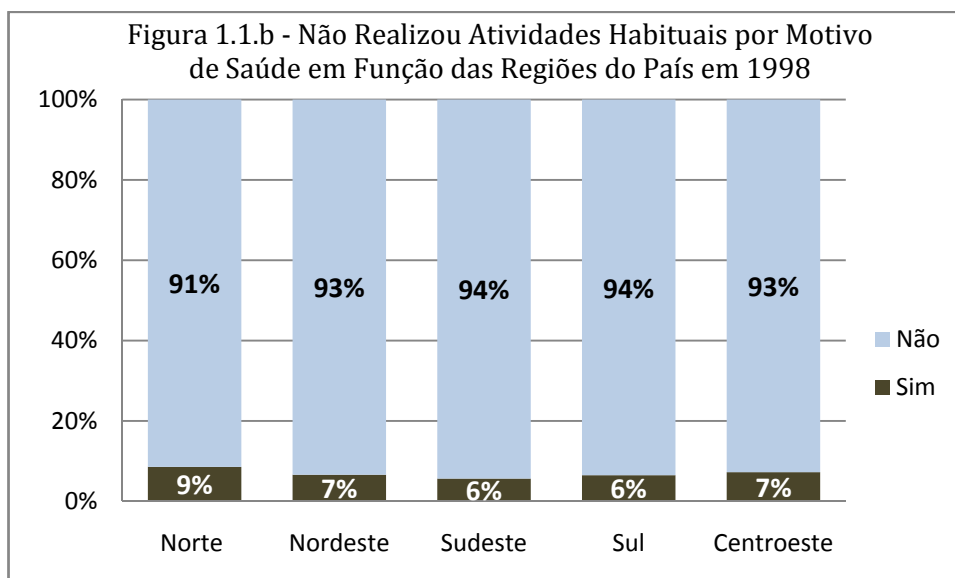
## Tabulações Cruzadas da PNAD 1998 e 2003

### **1 O entrevistado declara ter deixado de realizar atividades habituais por motivos de saúde nas últimas duas semanas**

Todas as variáveis cruzadas com esta variável em estudo (unidade da federação, renda, sexo, idade, região urbana ou rural, etc.) se comportam da mesma forma em 1998 e em 2003 ou de maneira muito semelhante. Isto é um breve indicar de que as políticas públicas de saúde não foram efetivas a ponto de gerar modificações nos padrões de morbidade da população. De certa forma o país obteve desenvolvimento, a população obteve mais renda, mas o mesmo progresso não se observa no sistema de saúde.

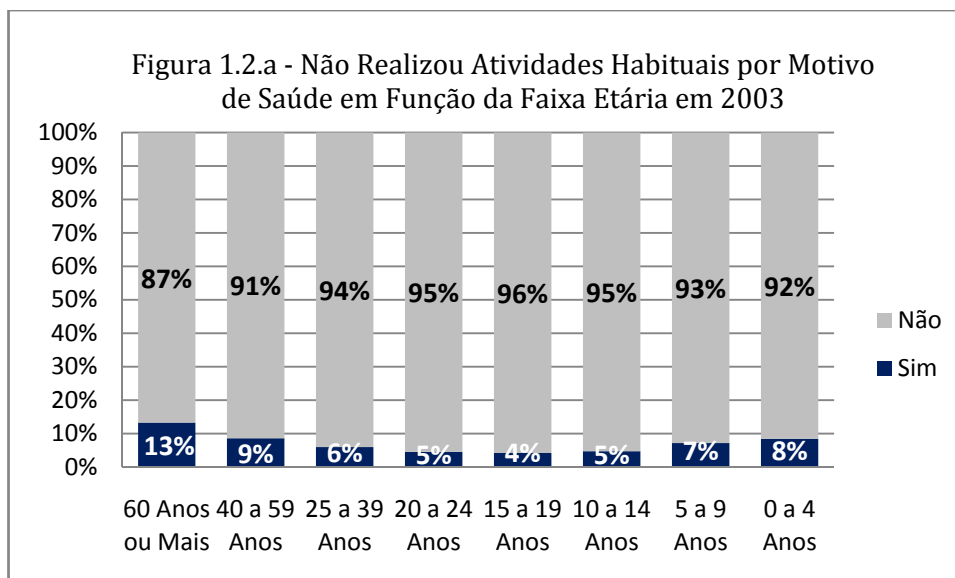


Embora o maior número de pessoas que deixou de trabalhar por motivos de saúde em 2003 esteja ou no Nordeste ou no Sudeste, é na região norte onde a proporção de pessoas que deixou de trabalhar é maior totalizando 9%.

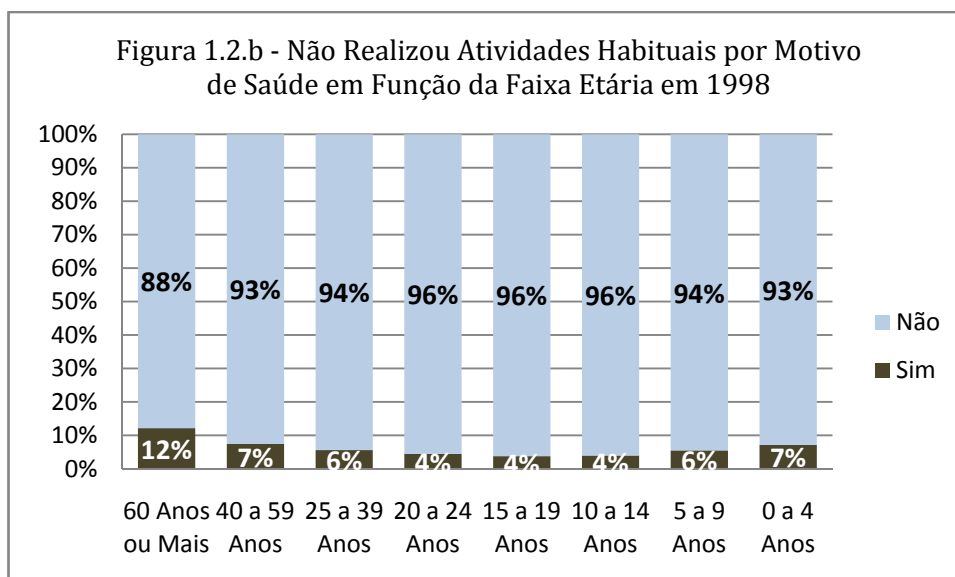


Em relação ao ano de 2003, a porcentagem da população que deixou de trabalhar por motivos de saúde nas unidades da federação não mudaram de forma estatisticamente significativa. Nos estados do sul houve um leve aumento de casos de morbidade, mas a tendência se manteve a mesma em todo país.

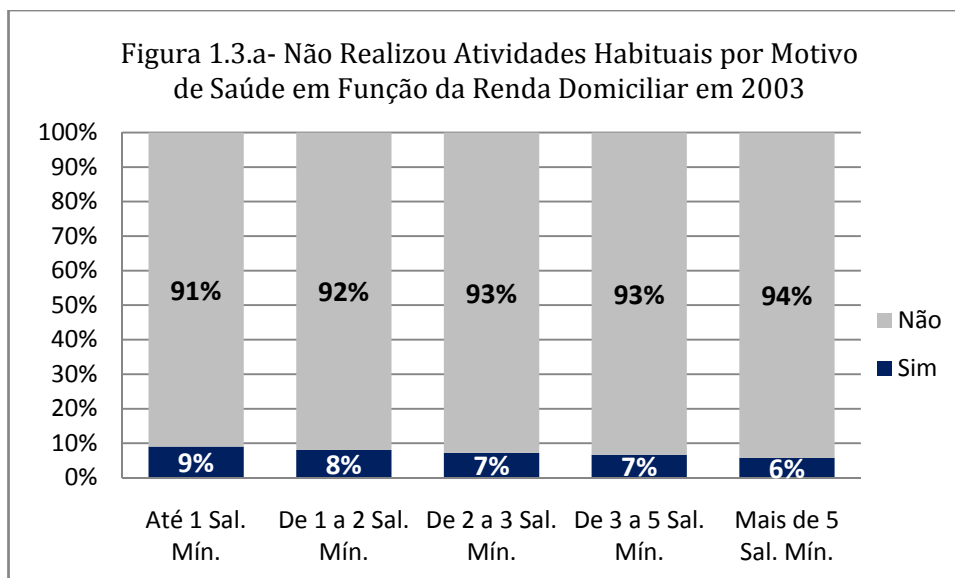




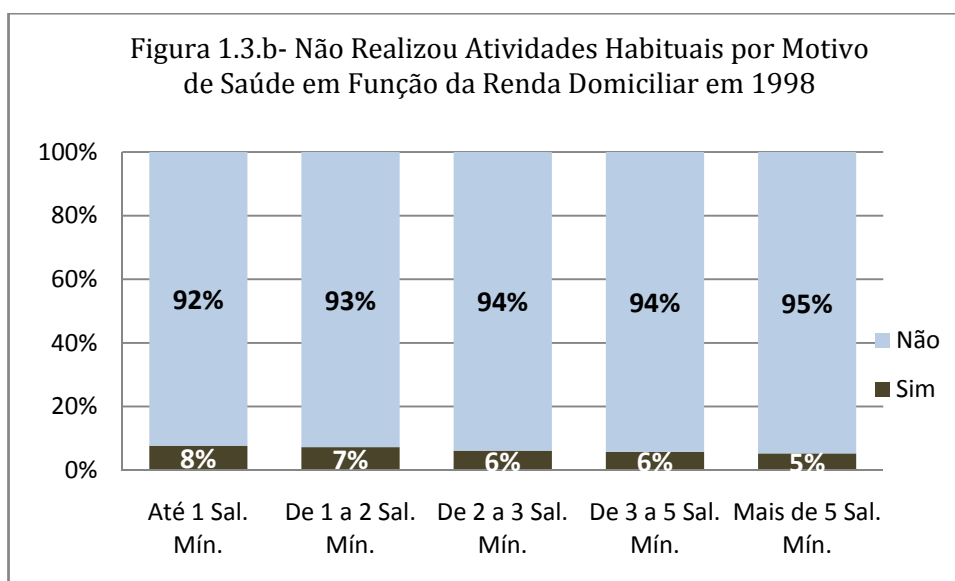
Quando analisado por faixas etárias, constata-se que os integrantes da faixa mais alta, os mais idosos, possuem duas vezes mais porcentagem de entrevistados que deixaram de trabalhar por motivos de saúde do que os indivíduos entre 25 e 39 anos.



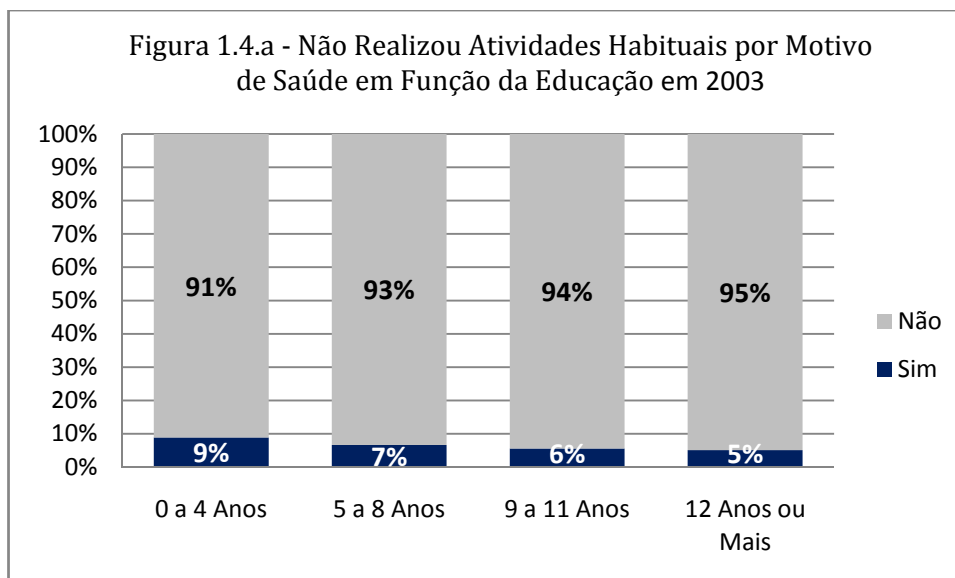
Segundo a pesquisa, a qualidade da saúde na maioria das faixas etárias, no ano de 1998, estava levemente melhor em relação à saúde dos mais velhos em 2003.



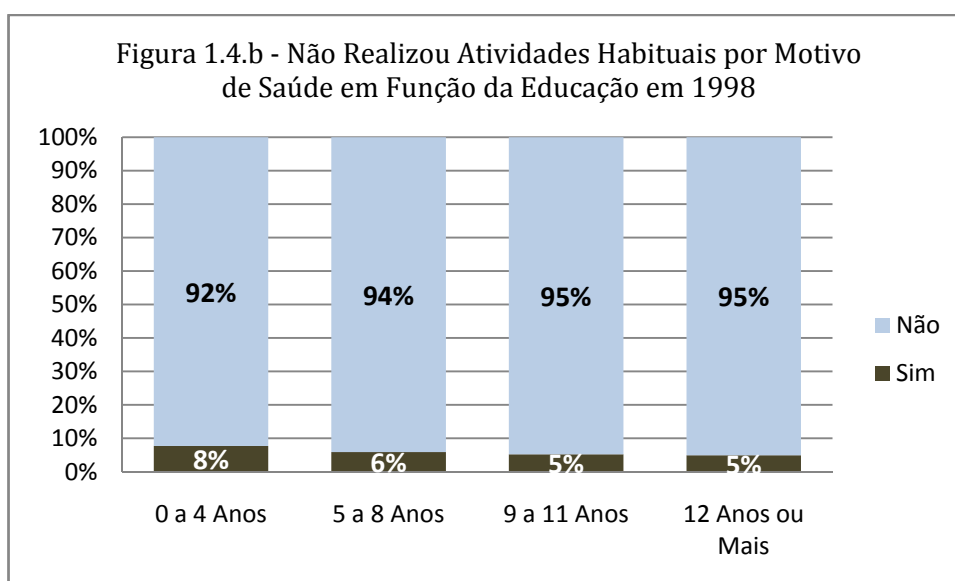
Em se tratando de renda, a intuição de que as pessoas mais pobres têm saúde mais debilitada por ter menos condições de acesso aos serviços de saúde, medicamentos e informação foi confirmada.



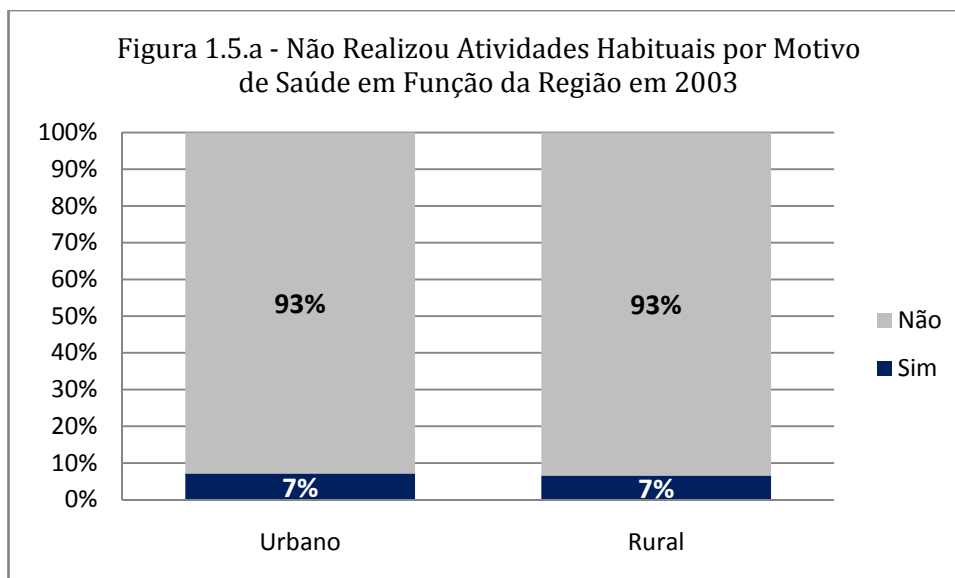
Embora não seja estatisticamente significante, há uma branda piora na qualidade da saúde da população em função da renda, mas a mesma tendência de 2003 se registra na organização dos dados.



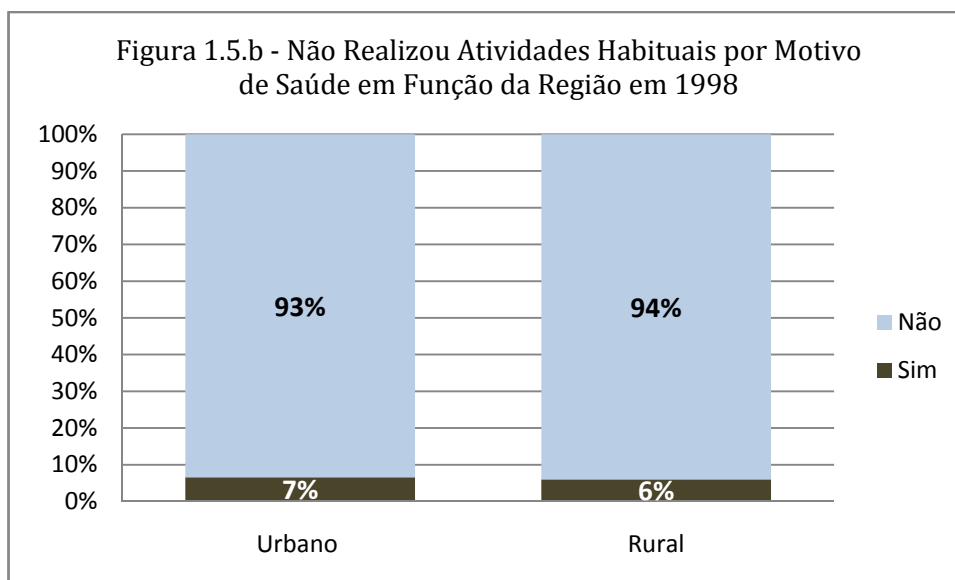
As pessoas com menor grau de escolaridade também têm menor qualidade de saúde, devido a fatores ligados principalmente à informação.



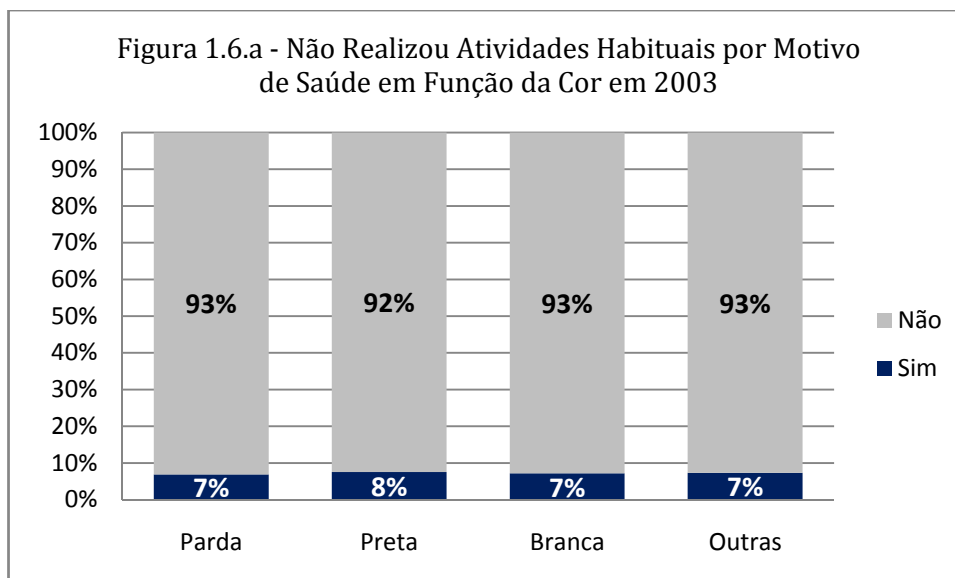
Do ano de 2003 para o ano de 1998 apenas a população que possui mais estudo não sofreu uma ligeira piora na qualidade da saúde. É importante ressaltar que essas ligeiras pioras não são relevantes estatisticamente.



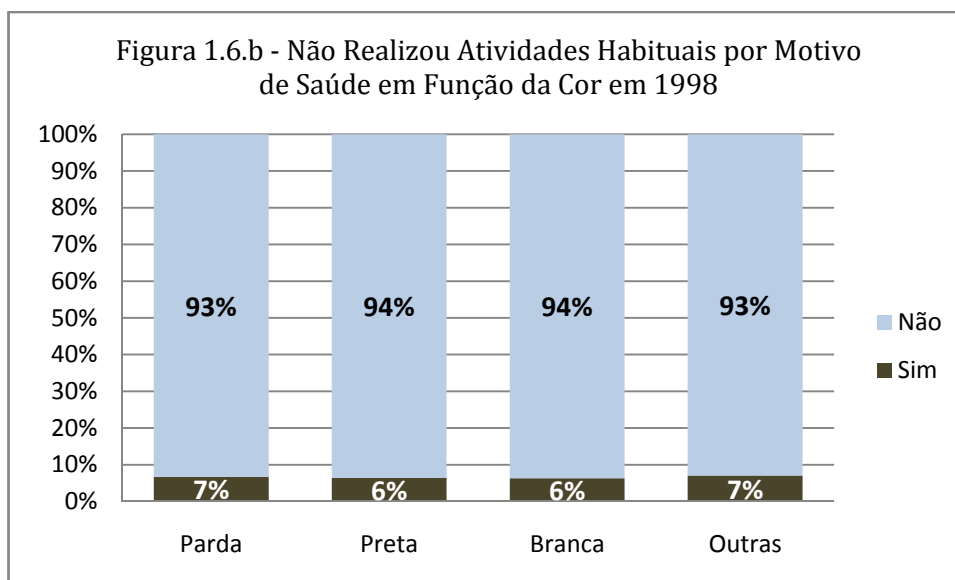
Cerca de 7% da população urbana ficou doente em 2003 e a mesma porcentagem se apresenta para a população rural no mesmo ano. O interessante é notar que existe uma população quase seis vezes maior vivendo nas cidades do que no campo.



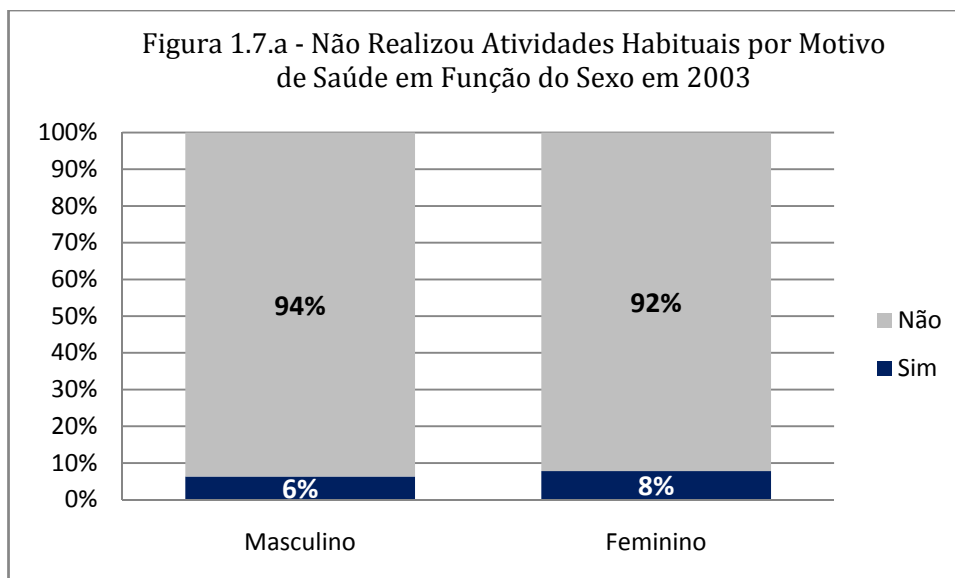
A porcentagem da população que vivia nas cidades em 1998 era 4 vezes maior à população que vivia nos campos. Vê-se claramente um movimento migratório do campo para a cidade já que essa relação agora já chega a seis vezes a população do campo. Quanto à porcentagem de pessoas que deixaram de trabalhar por motivos de saúde, nota-se uma piora da qualidade de saúde da população residente no campo em relação à população urbana.



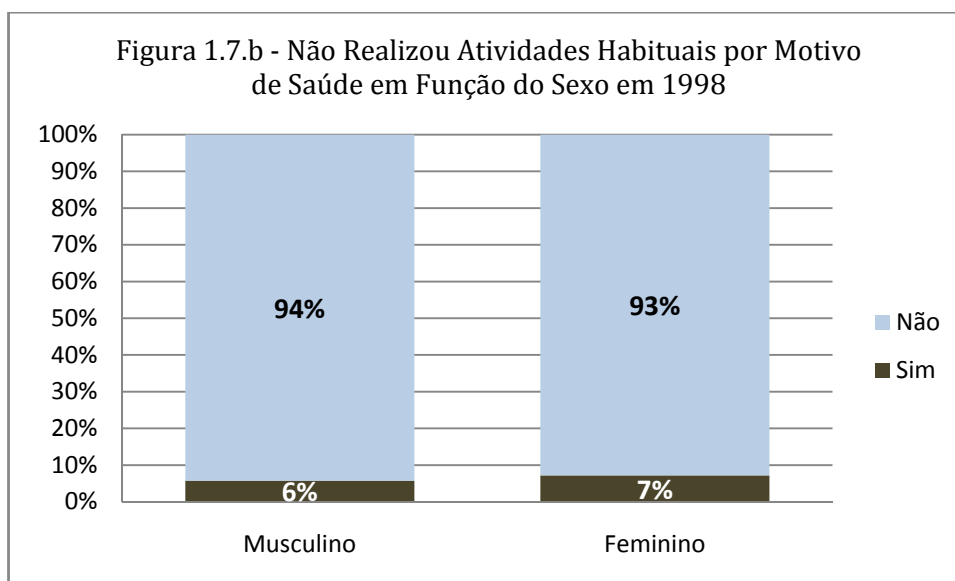
Com relação à cor declarada dos indivíduos, os negros são o grupo que possuem a maior porcentagem de pessoas que deixaram de executar suas atividades habituais em função dos problemas de saúde. O mesmo resultado não se verificava em 1998, onde a porcentagem de doenças entre os negros era de 6%.



Na Comparação de 1998 com 2003, o mesmo fenômeno acontece. Todas as raças estão por volta das mesmas porcentagens, isto é, de 6% a 7%, exceção dos negros que sofreram um aumento maior.



A população de homens que deixou de trabalhar em 2003 representava 6% em relação à população de homens. Já as mulheres representam 7% em relação ao total de mulheres, sendo que as duas populações são bastante parecidas em termos de proporção de homens para mulheres.



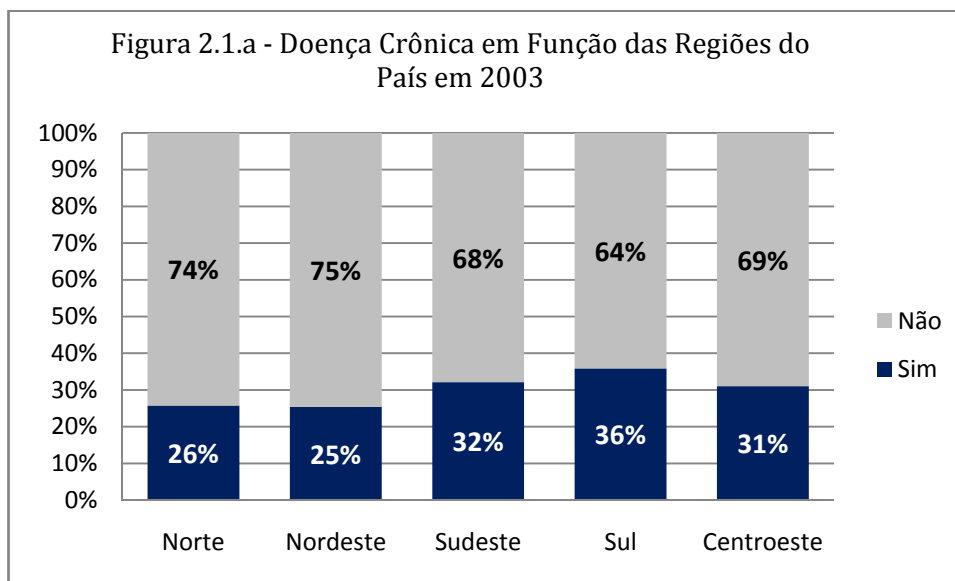
Em relação a 1998, as mulheres entrevistadas no ano de 2003 estão ligeiramente mais doentes em relação à entrevista anterior. Vale lembrar também que na literatura internacional é comum encontrar esse resultado de maior morbidade nas mulheres que nos homens<sup>3</sup>.

## 2 O entrevistado padece de alguma doença crônica

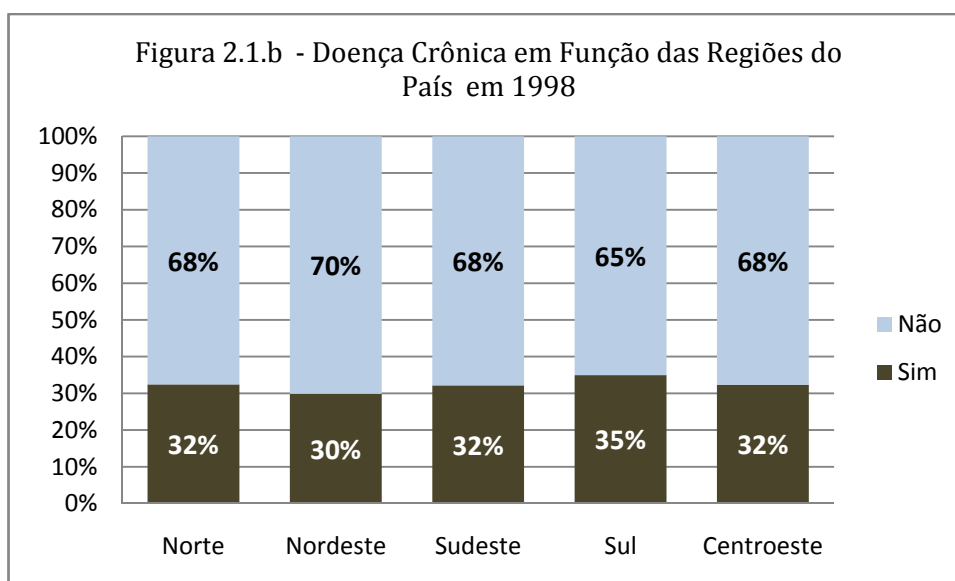
<sup>3</sup> "Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios", AQUINO, Estela M.L.; MENEZES, Greice M.S.; AMOEDO, Marúcia B.; Revista de Saúde Pública; S. Paulo, p. 195; 1992.

A variável “doença crônica” é composta pelas seguintes doenças: Problema crônico na coluna ou nas costas por enfermidades, desvios, curvaturas anormais ou deformidades na coluna vertebral; Também artrite ou reumatismo; Câncer; Diabetes; Bronquite ou asma; Hipertensão; Doença do coração; Insuficiência renal crônica; Depressão; Tendinite ou tenossinovite; E, por fim, cirrose.

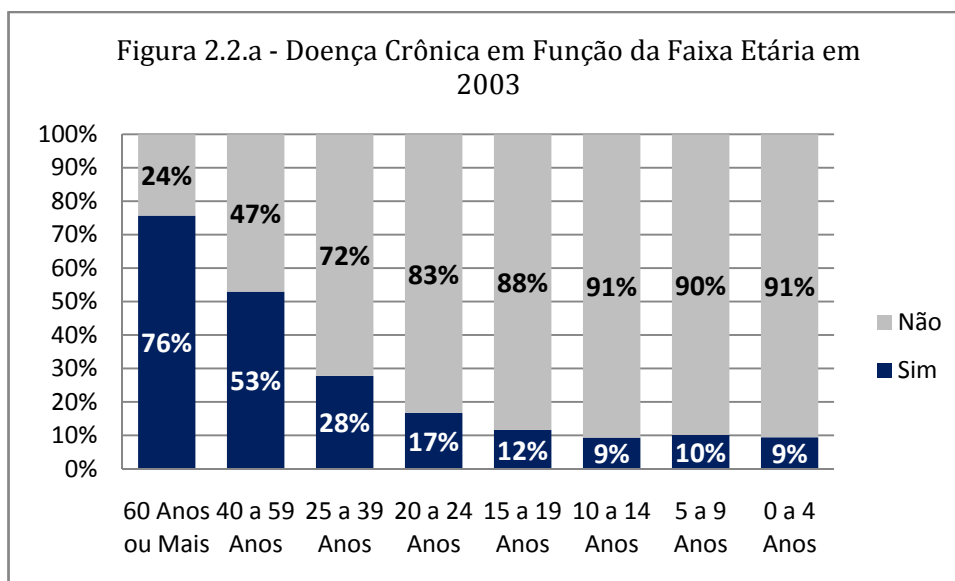
Confirma-se, mesmo que ligeiramente, uma diminuição geral nos casos de doença crônica na população brasileira. Também como no caso da variável anterior, não houve nenhuma alteração no padrão de comportamento da variável “Doença Crônica” em relação à Cor, Sexo, educação, etc.



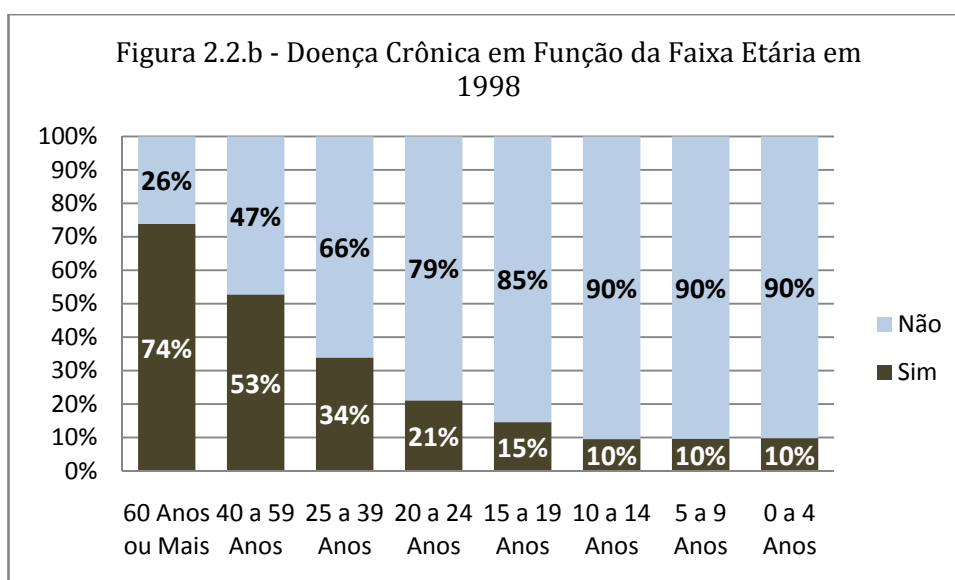
Destaca-se nesse gráfico a redução de aproximadamente 6% dos casos de doença crônica no norte do país entre 1998 e 2003 além de uma redução de 5% no nordeste. A região com maior número de casos é o sul com 36%.



Em 1998 não existia uma região onde os casos de doença crônica eram substancialmente maiores, porém em 2003 houve uma pequena alteração e os estados do norte e nordeste passaram a possuir uma quantidade de casos muito inferior ao resto do país.

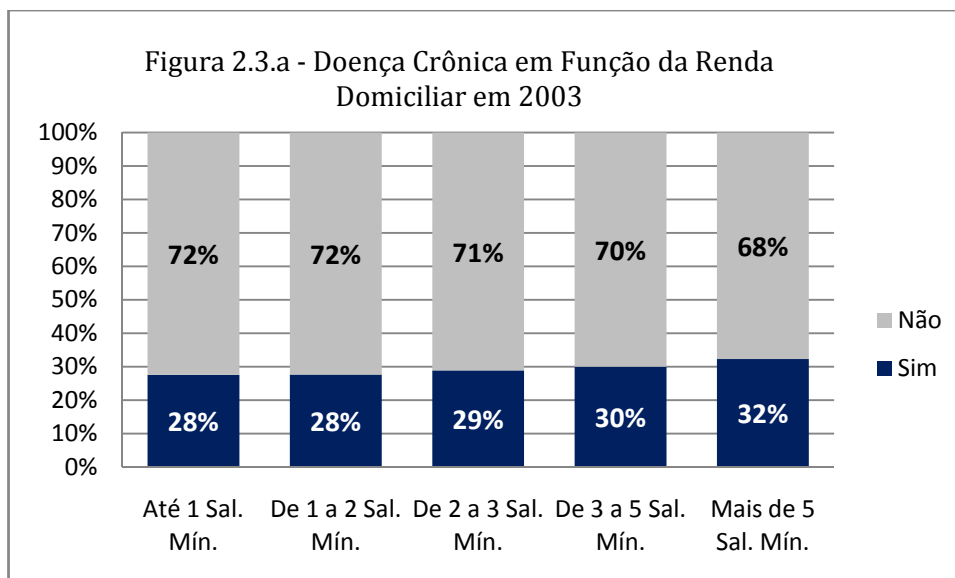


Aqui, confirma-se a tendência de aumento nos casos de doença crônica assim que a idade aumenta. Esse aumento tem formato de uma curva exponencial diretamente proporcional ao aumento da idade.

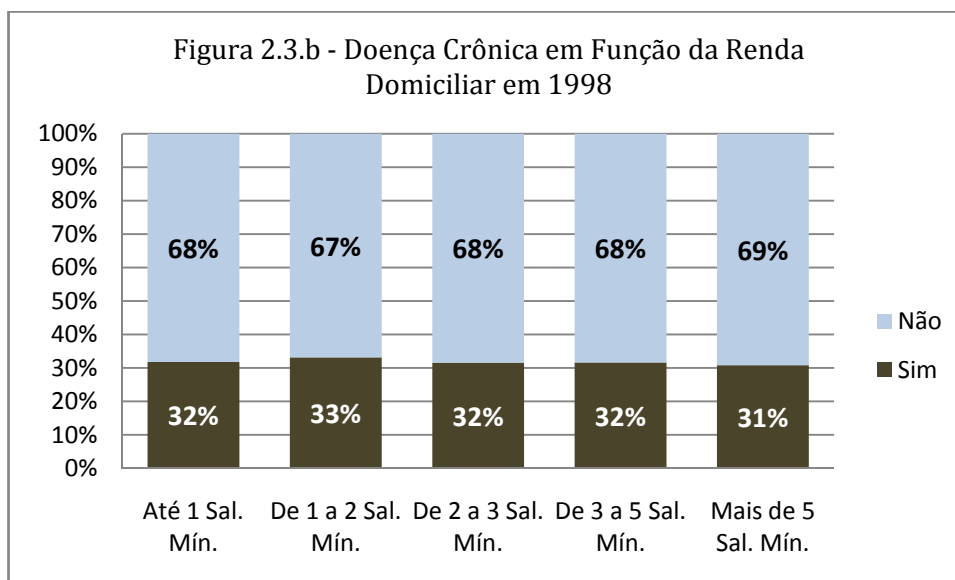


De 1998 a 2003, houve uma diminuição de casos de doenças crônicas nos adultos, jovens e crianças, ou seja, naqueles entre 0 e 39 anos. Paralelamente houve um aumento de casos nos idosos maiores de 60 anos. Tais mudanças deixaram a curva exponencial menos suavizada.

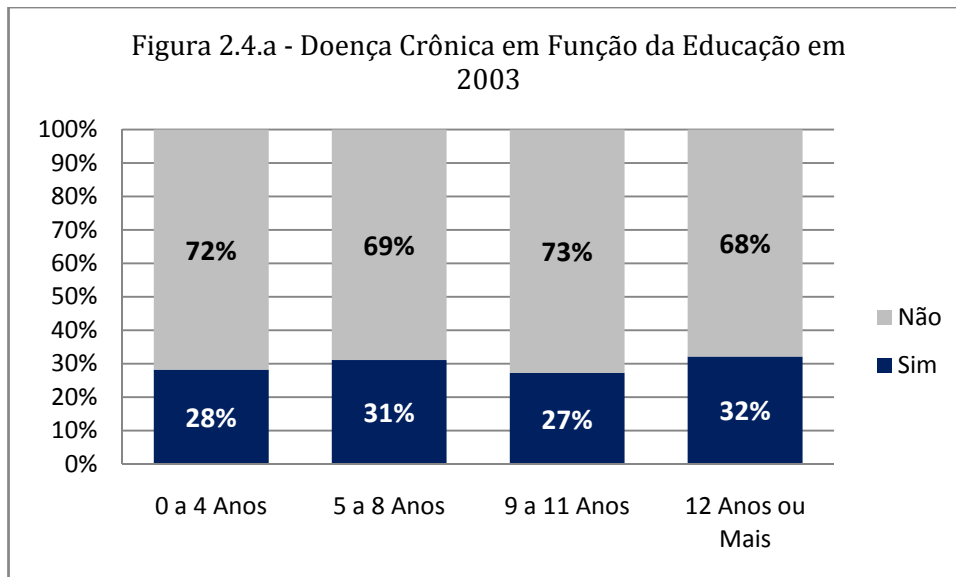




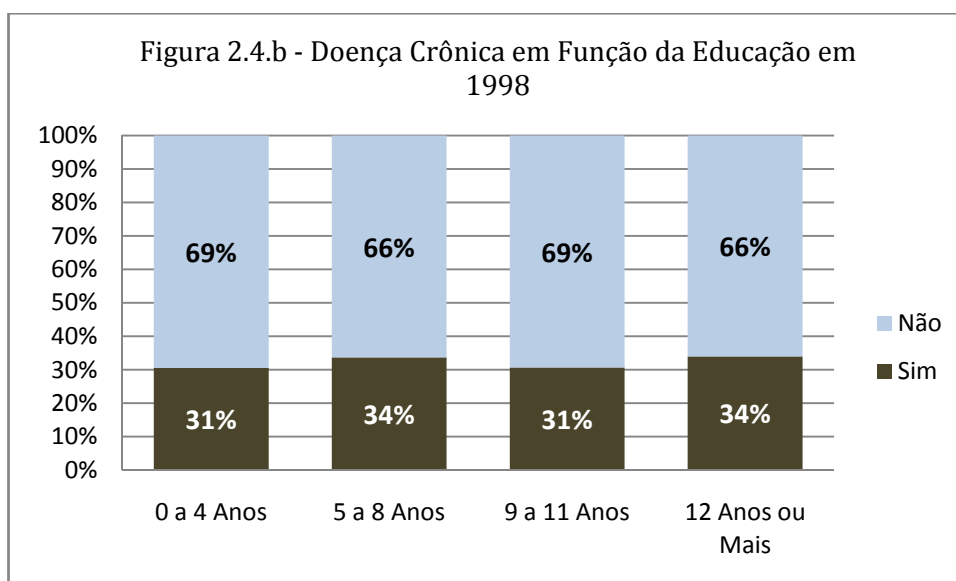
Nota-se uma tendência quase imperceptível de aumento de casos de doenças crônicas com o aumento da renda domiciliar, tal resultado pode vir do fato de aqueles de menor renda, tendo também menos informação, possuírem alguma doença crônica mas desconhecerem tal fato.



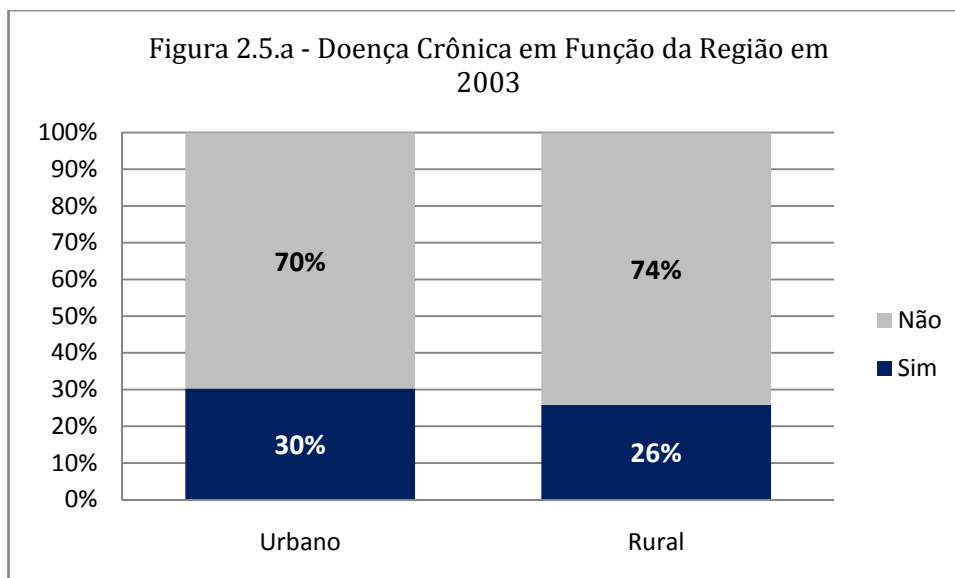
Essa tendência quase imperceptível encontrada em 2003 não se encontrava em 1998, sinal de que não se pode considerá-la como significativa. Nesse gráfico também se confirma a tendência geral de diminuição dos casos de doença crônica.



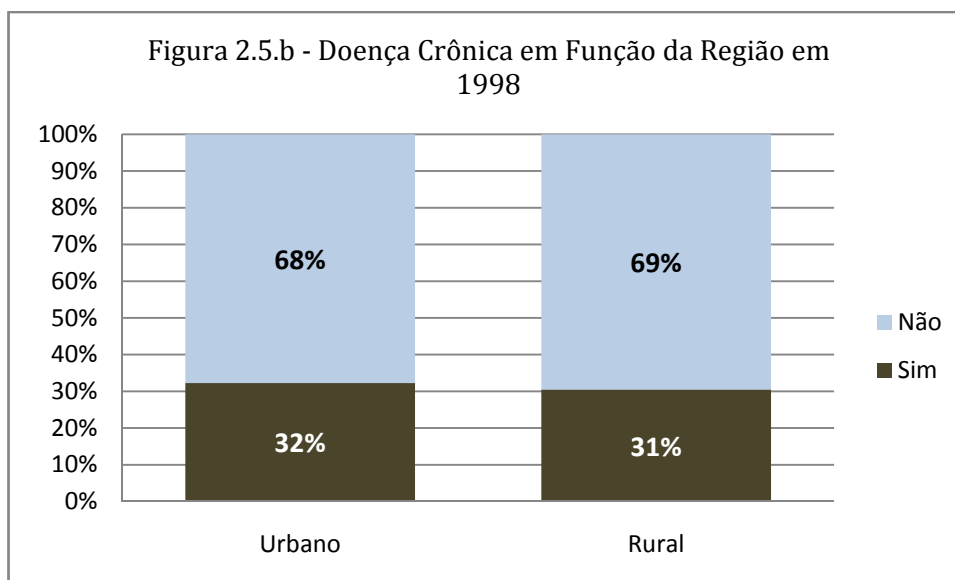
Não existe relação entre anos de estudo e doença crônica. É interessante notar que a faixa da população que possui maior percentual de doença crônica é aquela com mais anos de estudo.



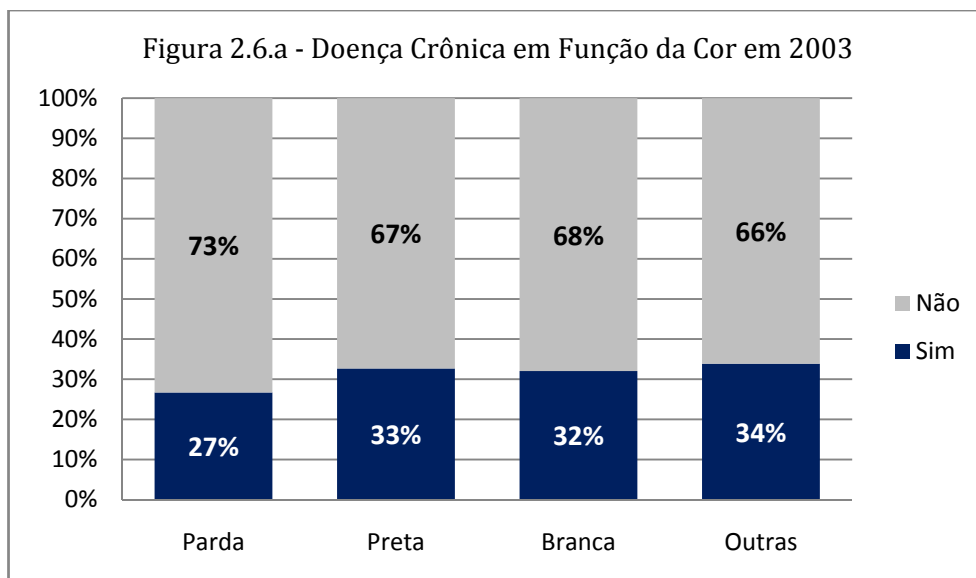
É clara a diminuição de 3% a 4% na ocorrência da doença crônica entre 1998 e 2003, porém com a mesma tendência encontrada em 2003.



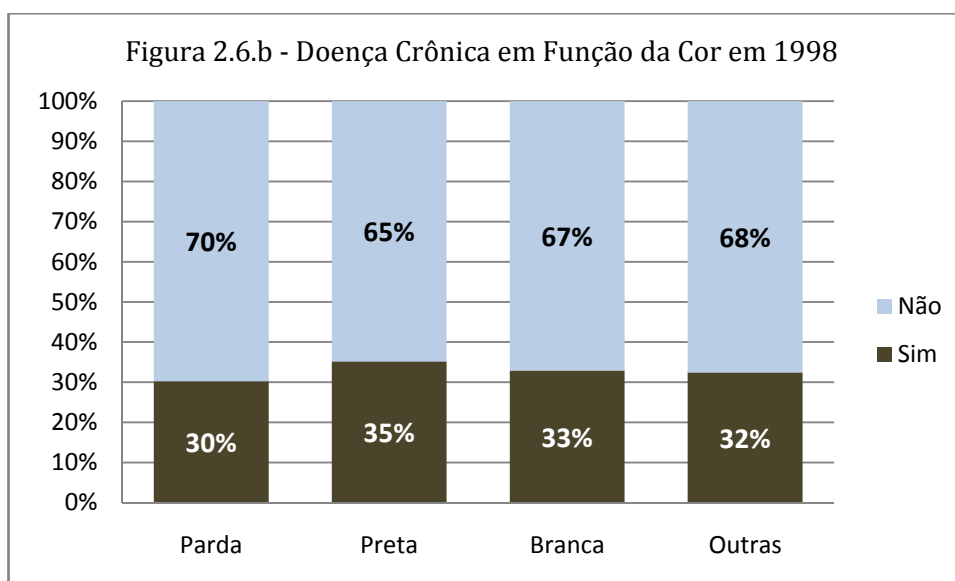
O maior número de casos concentra-se na região urbana, tal fato pode advir da diferença de intensidade que cada estilo de vida. Na cidade, sendo a vida mais dinâmica, a probabilidade de adquirir alguma doença crônica pode ser maior.



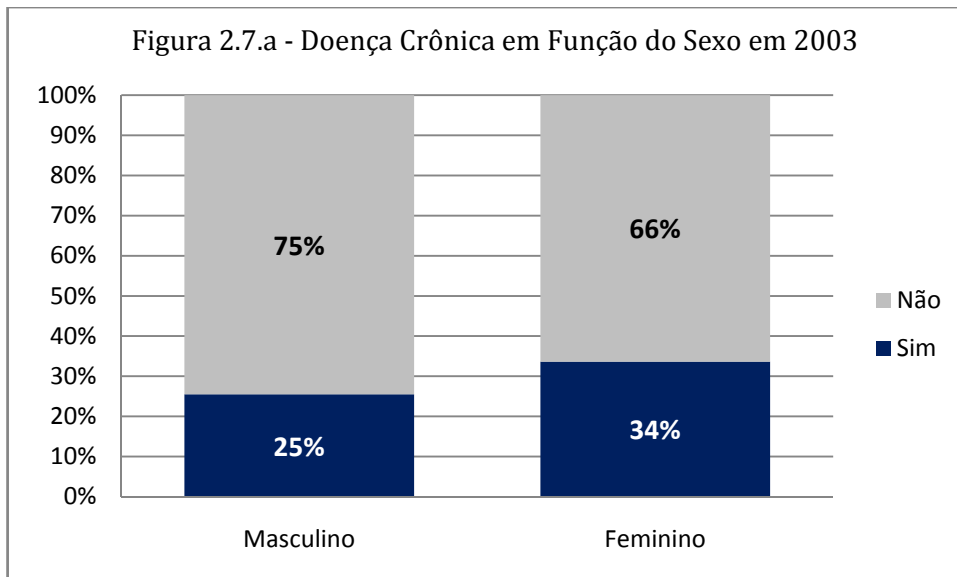
No ano de 1998 o percentual de doença crônica na região rural era de 31%, enquanto que em 2003 26%, tal alteração indica uma melhora substancial da qualidade da saúde dos moradores da zona rural.



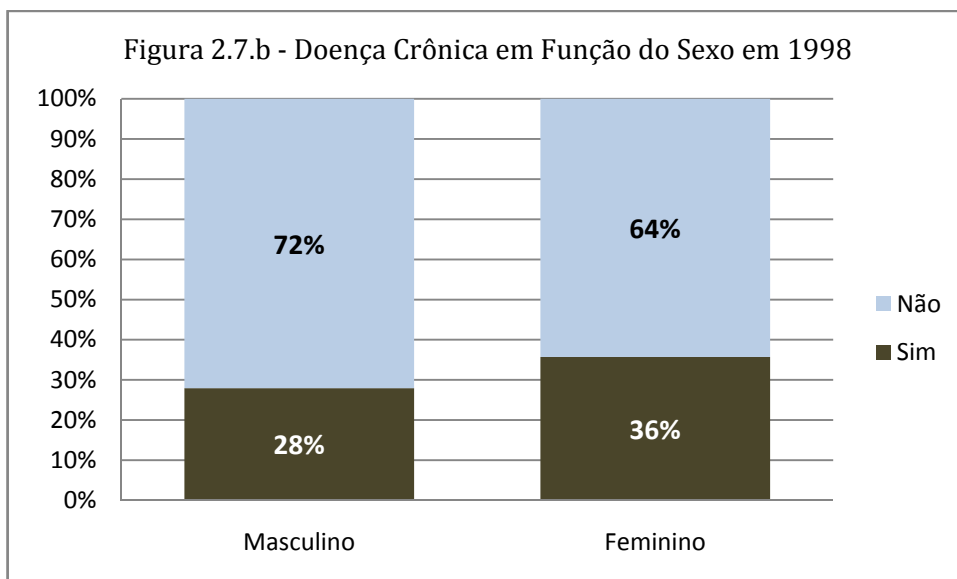
A população que possui o menor índice de doença crônica é a parda, a população negra possui os piores indicadores (depois de “Outras”).



De 1998 a 2003 ocorreu uma diminuição significativa de doenças crônicas para todas as cores, substancialmente as brancas que diminuiram em 6% a presença de doenças crônicas.



Assim como na variável anterior (deixou de exercer atividade habitual por motivos de saúde) houve uma maior ocorrência de doença crônica entre as mulheres. Tal diferença se dá em 9%, valor de grande relevância.

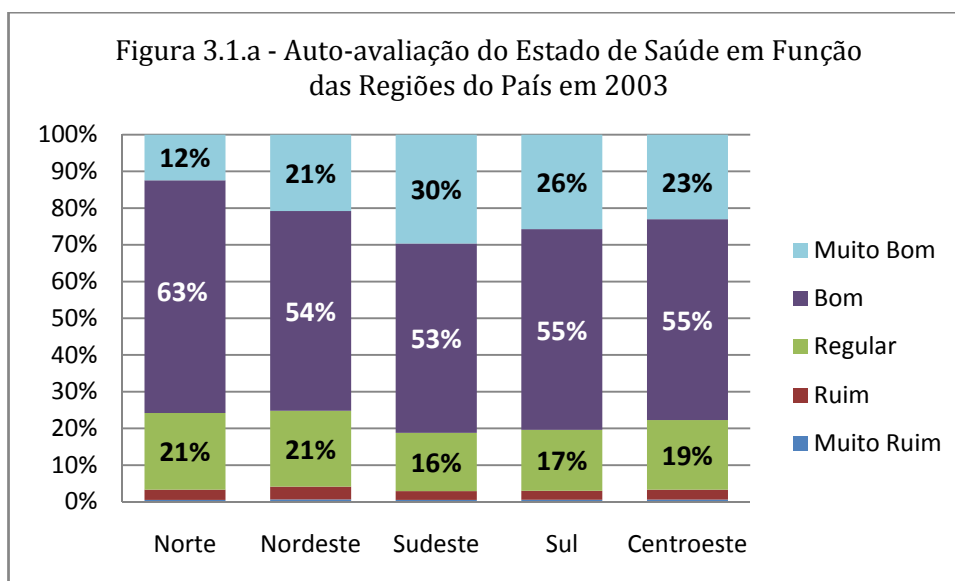


Em 1998 a diferença entre homens e mulheres portadores de alguma doença crônica era um pouco menor que em 2003, significativos 8%.

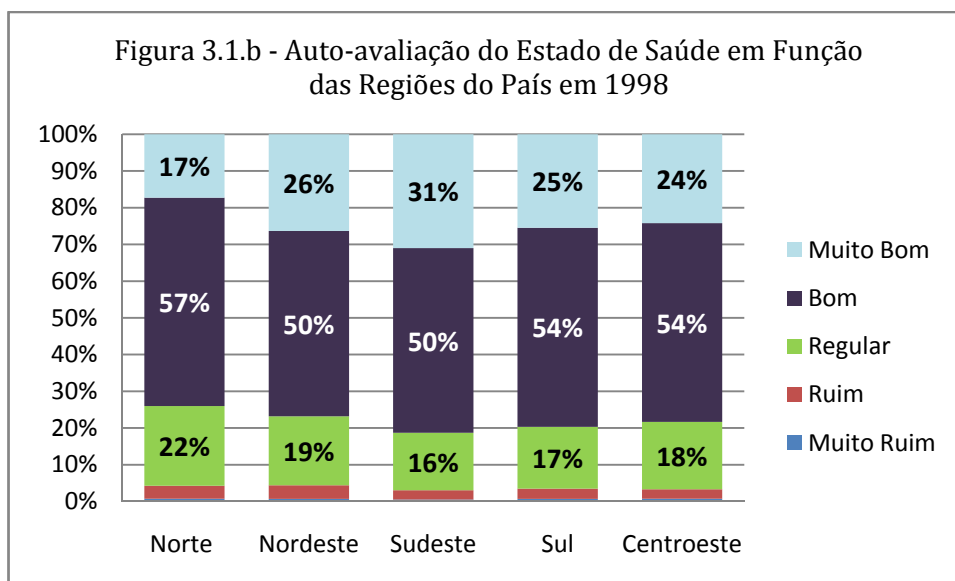
### **3 Avaliação pessoal do entrevistado a respeito do estado de saúde**

As regiões com maior nível socioeconômico como a região Sudeste e Sul, têm uma população que se auto-avalia mais positivamente do que regiões com indicadores piores como o Nordeste e o Norte do país. O

determinante mais importante que se demonstrou no estudo da variável de auto-avaliação do estado de saúde está na análise das faixas etárias. A classificação da saúde piora com a idade<sup>4</sup>.

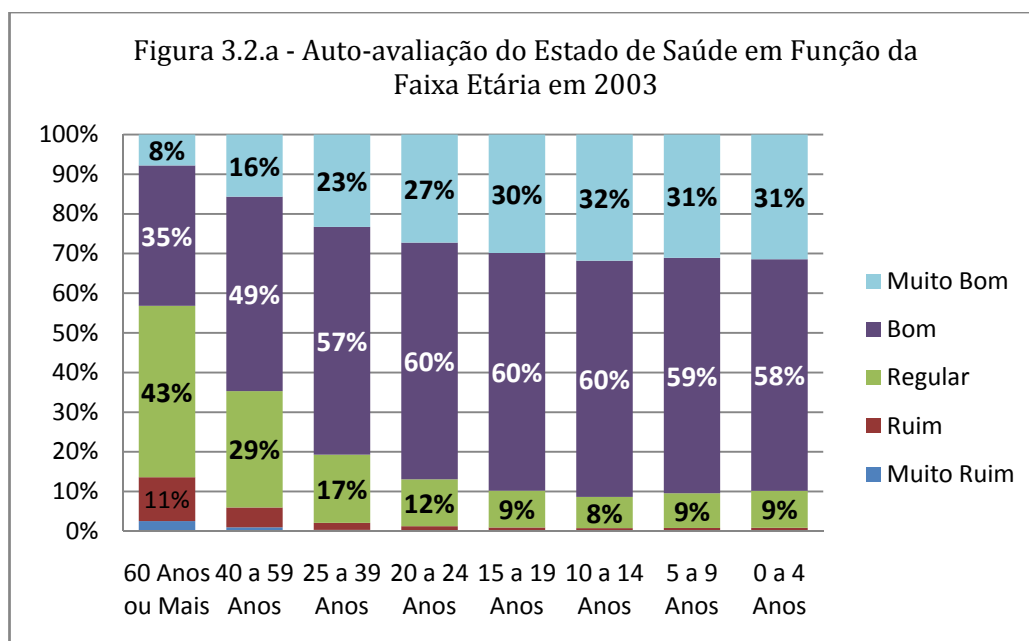


Dentre os estados com auto-avaliação do estado de saúde, o sudeste se apresenta como o mais satisfeito com a saúde com 82% declarando “muito bom ou bom” estado de saúde. Como já se esperava os estados do Nordeste e do Norte apresentam as maiores incidências de avaliação “regular” ou ruim.

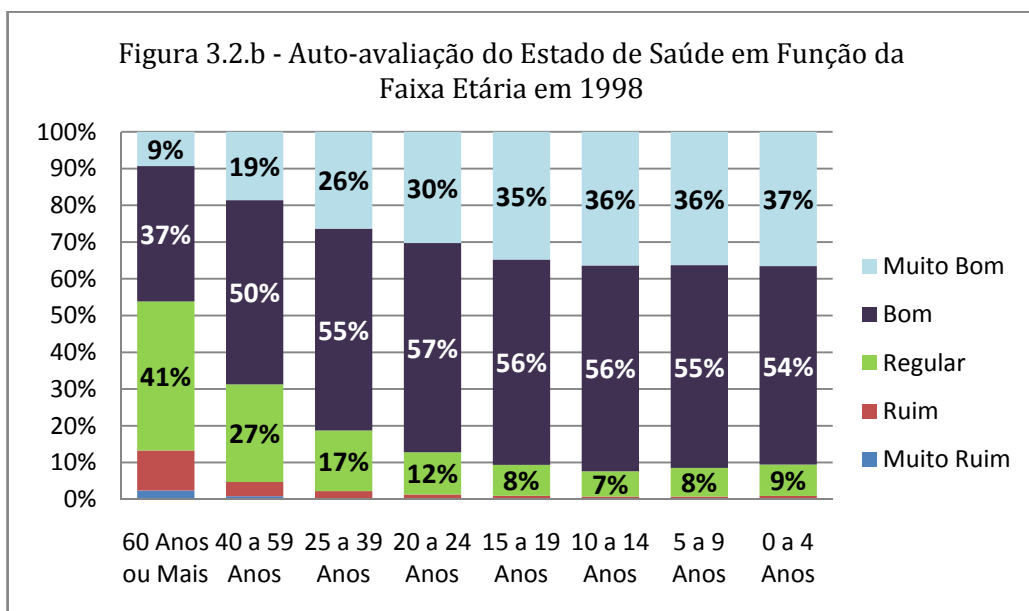


As regiões Norte e Nordeste permanecem como as regiões com os piores resultados na auto-avaliação. Os estados do Sudeste e Sul quase não sofreram alterações quanto a esta variável. O sudeste é seguido pelos três estados do Sul também se mantiveram como os melhores resultados na avaliação pessoal comparado às outras regiões.

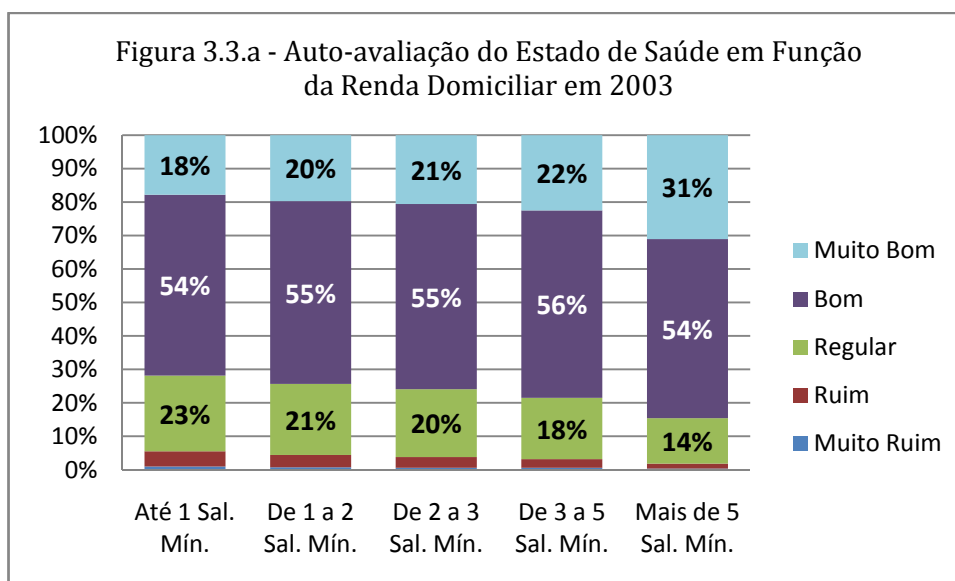
<sup>4</sup> “Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998”, NORBERTO, J.; DACHS, W., Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.



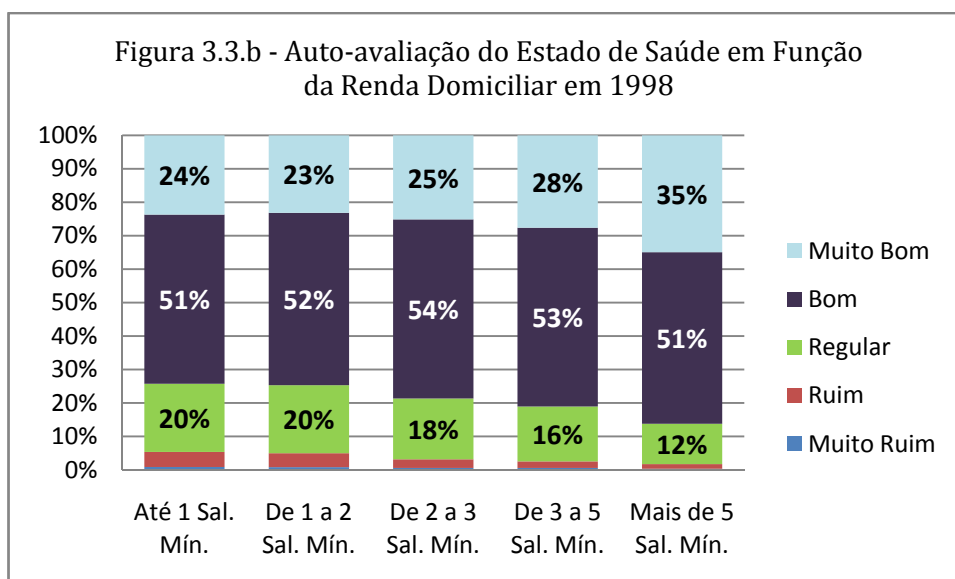
Nesta tabulação quanto maior a idade dos indivíduos pior é a auto-avaliação do estado de saúde. Das respostas, 43% dos idosos responderam estar com estado bom ou muito bom de saúde, já 89% dos mais jovens se declaram em boas condições de saúde.



Até 80% dos que possuem no máximo 40 anos avalia como “bom” o estado de saúde, mas são os mais velhos que possuem os piores indicadores porque 43% dos que têm mais de 60 anos dizem que o estado de saúde é regular. Na comparação de 2003 com 1998, é visível que, nesse espaço de tempo, a avaliação das pessoas piorou.

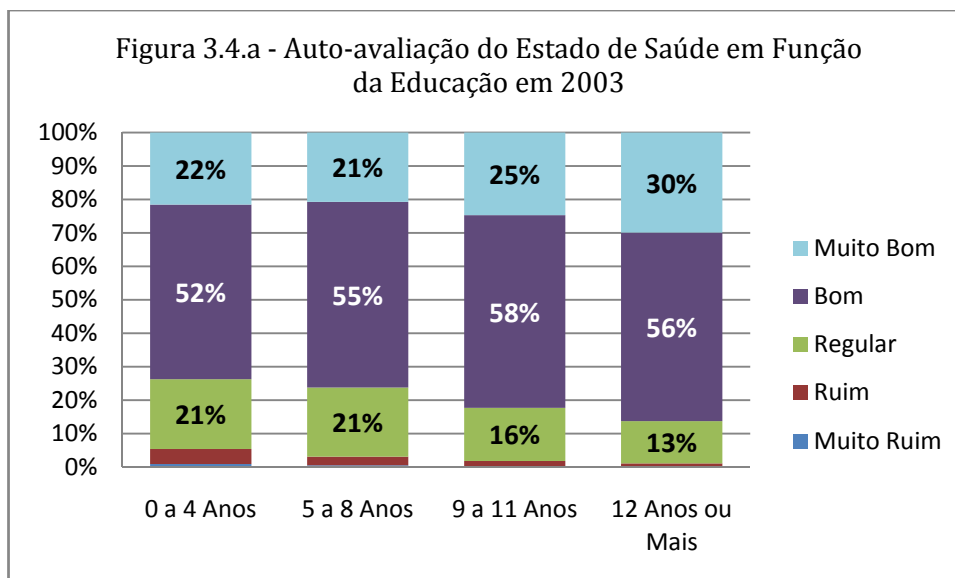


É possível dividir em dois grupos de correlações. O primeiro é a correlação positiva entre aqueles que têm renda igual ou superior a 5 salários mínimos que são mais satisfeitos com o estado de saúde. O segundo grupo que é da avaliação “regular” ou “ruim” em que os que têm menos renda tendem a usar mais estas duas respostas. Mas há quase o dobro de dados nas pessoas com renda domiciliar superior a 5 salários mínimos.

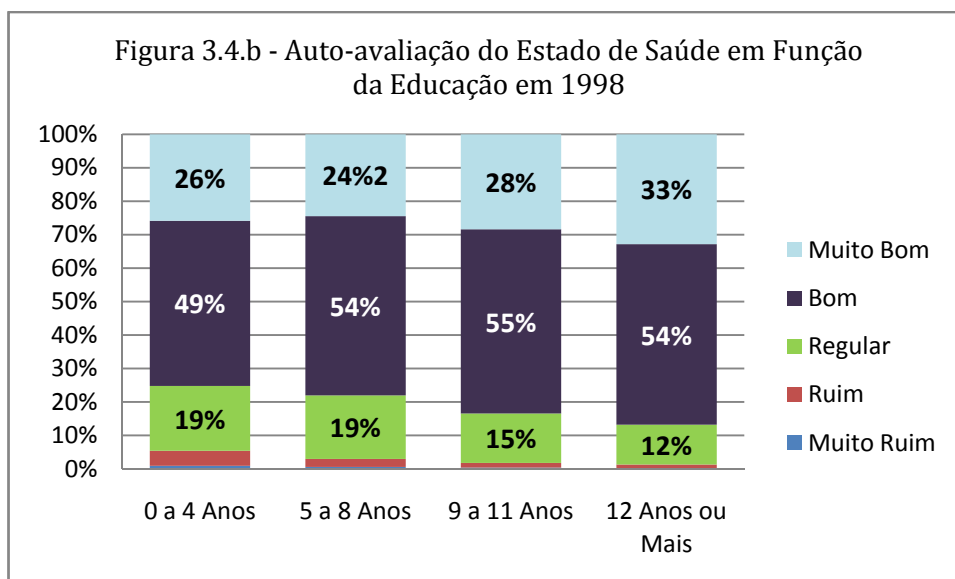


As relações que se estabelecem no ano de 2003 já existiam em 1998, mas as diferenças entre a auto-avaliação daqueles que tem mais de 5 salários por domicílios e aqueles que têm menos de um salário, ficaram maiores. Assim, os mais pobres estão mais insatisfeitos com o próprio estado de saúde mas existem menos pobres com condições miseráveis de vida.

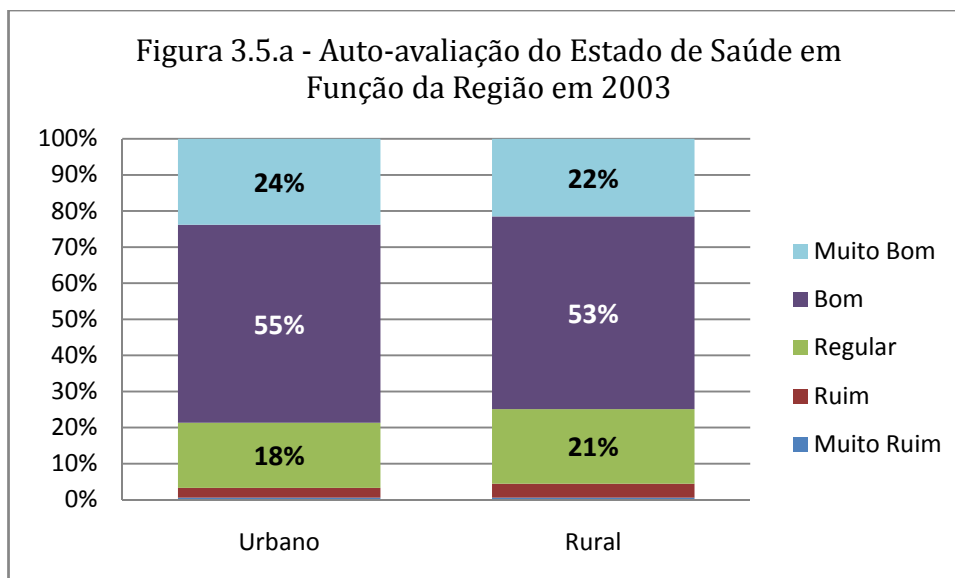




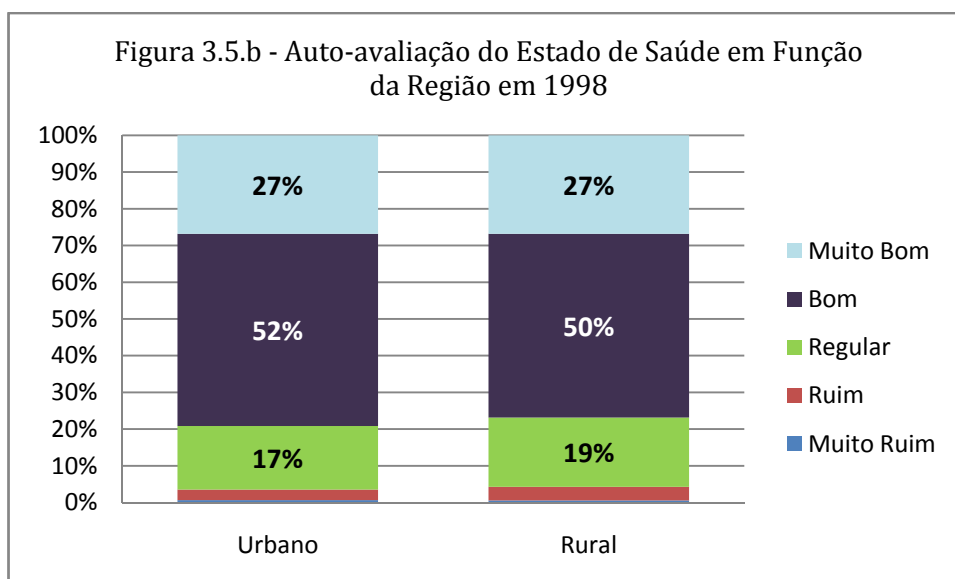
Em termos absolutos, se tratando de freqüência de observações, existem muito mais entrevistados na faixa de 0 a 4 anos de estudo e uma quantidade duas vezes menor de pessoas com 12 ou mais anos de estudo. As proporções também seguem a mesma linha das demais variáveis. Quanto maior a quantidade de anos de estudo, maior é a porcentagem de pessoas que se avaliam muito bem ou bem no que se refere ao estado de saúde. E os menos letrados é que possuem auto-avaliação ruim ou regular.



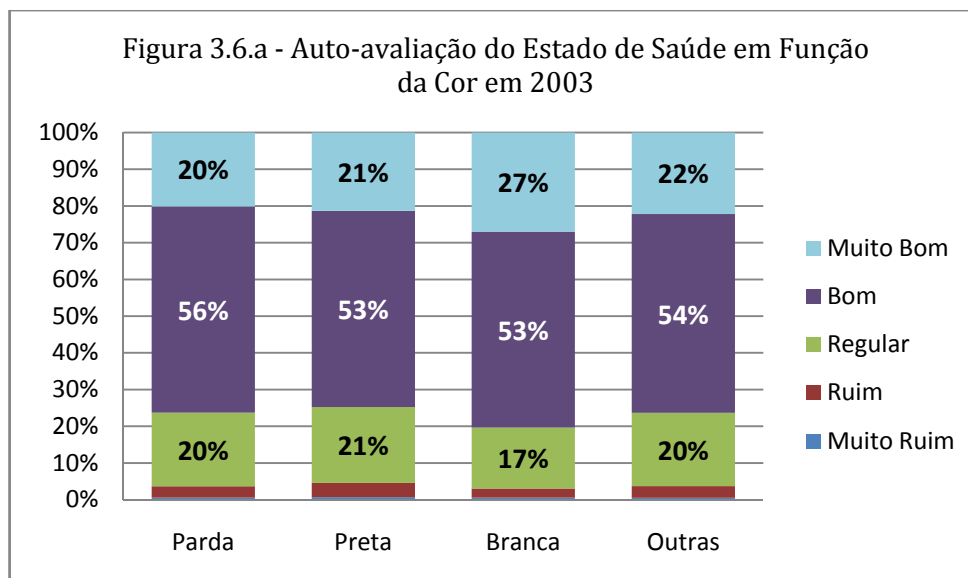
No ano 1998, 75% da faixa daqueles com menos anos de estudo se consideravam com saúde pelo menos “boa”, mas 19% se consideravam com saúde “regular”. 87 % dos mais estudados se consideram com saúde boa, embora 12% se consideram com saúde regular. Um fator interessante para se notar é a quantidade de pessoas com mais de doze anos de estudo. A relação era de 3 pessoas com menos de 4 anos de estudo para uma que estudou mais de doze anos em 1998.



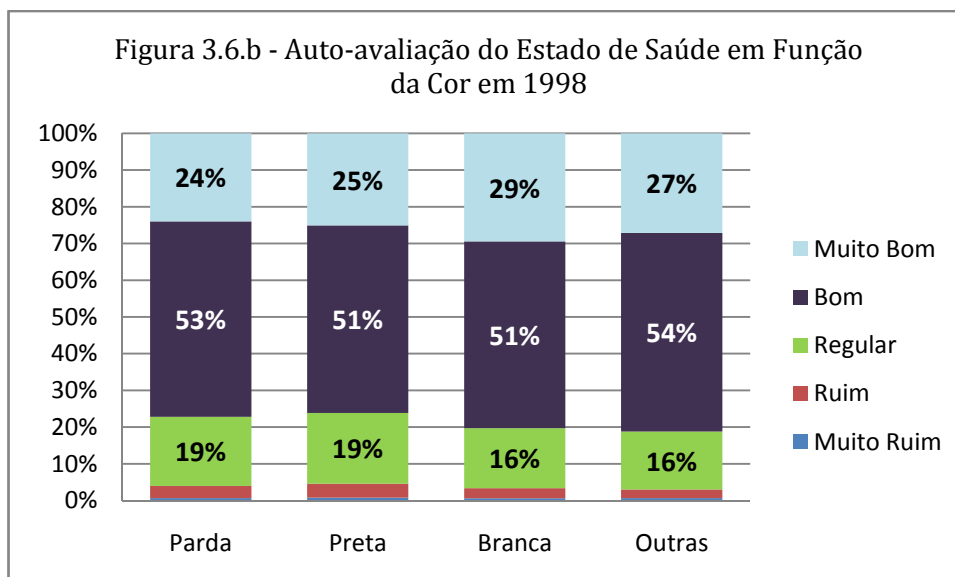
A auto-avaliação das pessoas que moram tanto na zona urbana quanto na zona rural está por volta dos 75% mas vale destacar que 21% das pessoas do campo se consideram com estado “regular” de saúde. Vale destacar que o número de pessoas entrevistadas que pertencia à zona rural era quase seis vezes menos em relação à quantidade de pessoas que viviam na zona urbana em 2003.



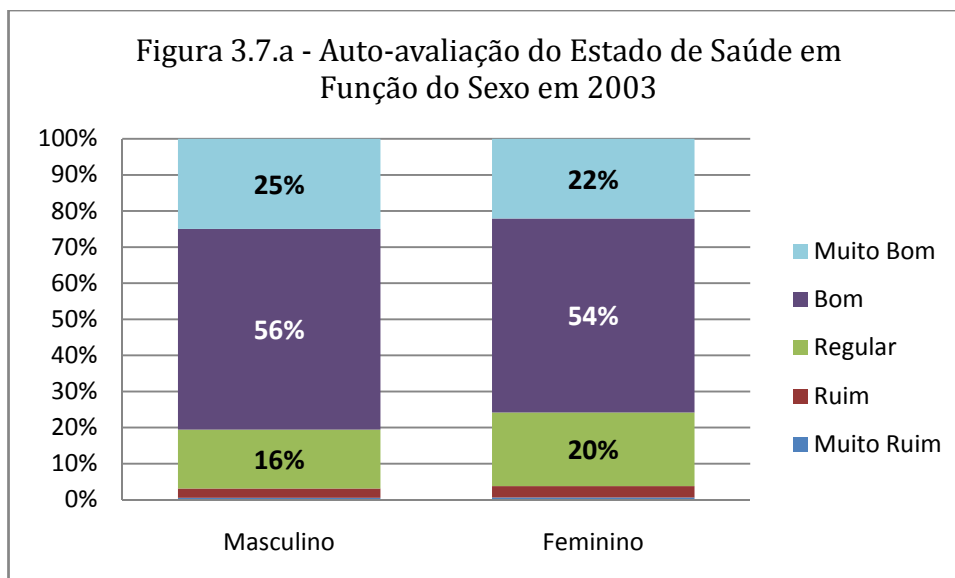
A proporção de pessoas que se manteve com uma auto-avaliação positiva tanto na zona urbana quanto na rural era de 77%, mas as pessoas do campo se avaliam em maior frequência com um estado “regular”. 19% dos camponeses se avaliam com um estado regular de saúde. A população urbana se mostra 4,5 vezes maior que a rural.



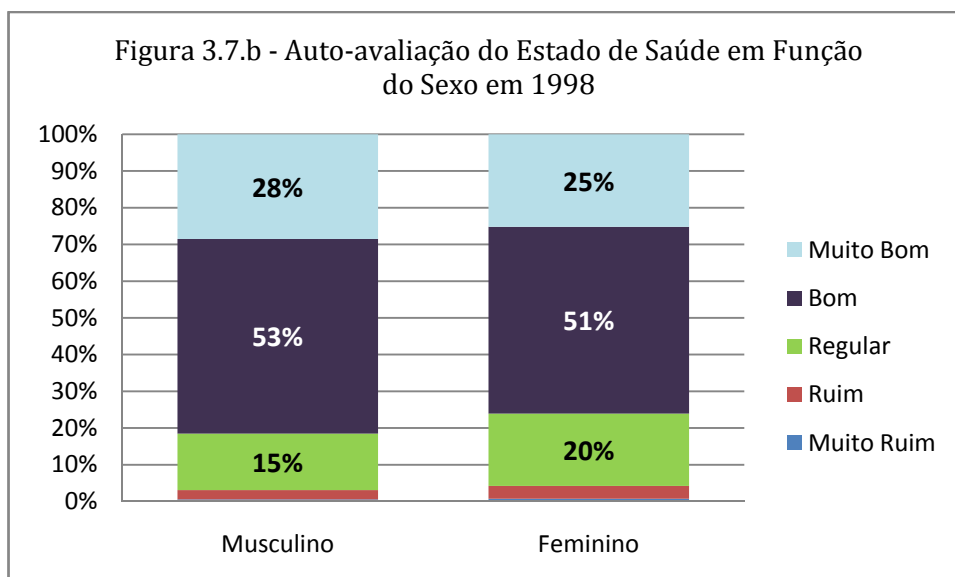
Por volta de 74% da população negra avalia que tem um estado bom de saúde, mas 21% afirmam que tem qualidade “regular” na saúde pessoal. A uma porcentagem parecida (20%) que se refere aos que responderam “regular”, pertence à população parda. Além disso, 80% dos brancos se consideram em um estado de saúde bom ou muito bom.



Cerca de 80% dos brancos, 81% das outras raças (que são não negros, não brancos e não pardos) se consideram com boa ou muito boas condições de saúde. O número de negros é cerca de 40% da amostra, e estes possuem os piores resultados de auto-avaliação em relação às outras divisões raciais do IBGE.



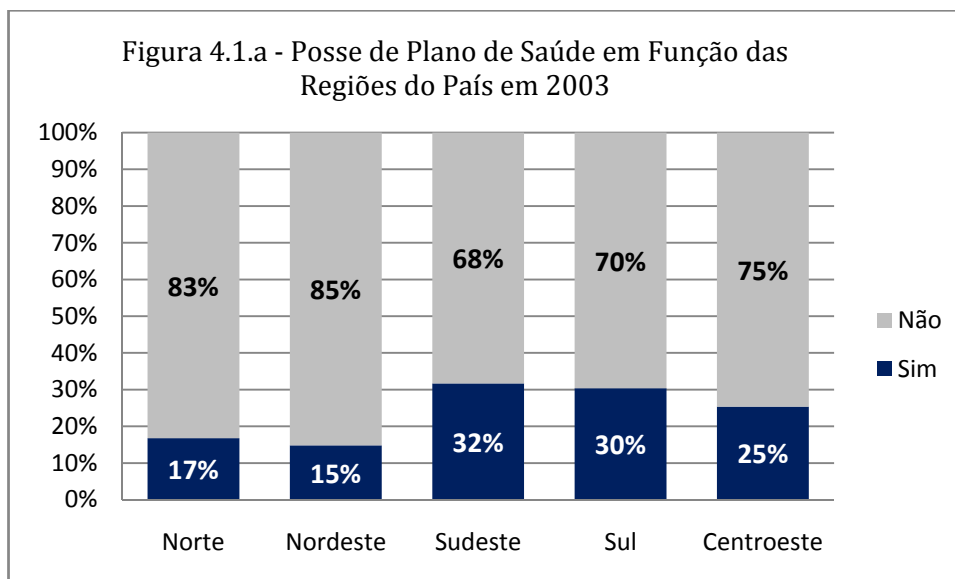
A amostra contém 51% de mulheres sendo que os homens se consideram em melhor estado de saúde que as mulheres. Elas dizem em 20% de todas entrevistadas que a saúde está regular, contra 16% dos homens que afirmam que a saúde está regular.



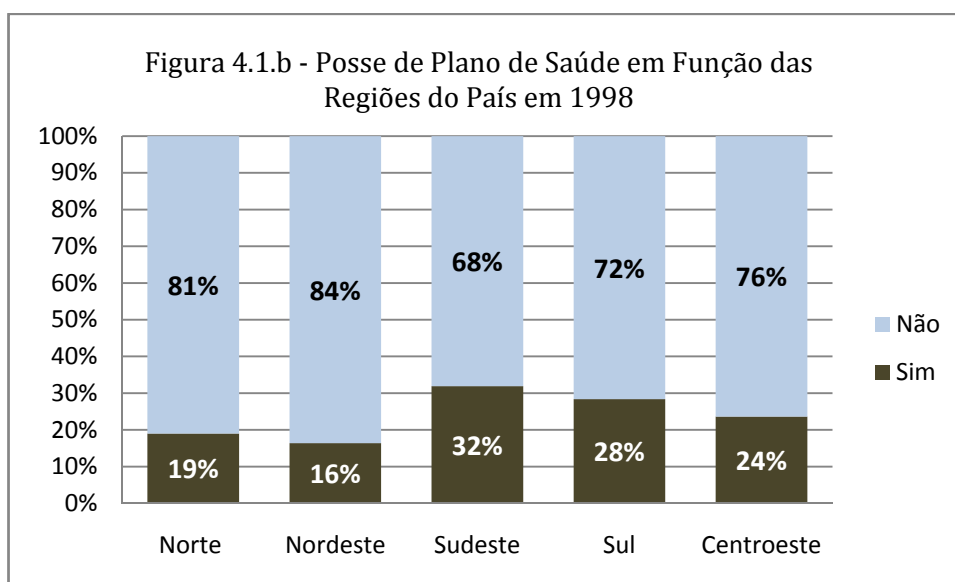
A proporção de 51% de mulheres em 1998 se manteve. 83% dos homens declararam possuir saúde “boa”, entretanto 76% das mulheres responderam dizendo que a saúde está boa. Além do mais, 20% delas contra 15% deles, que responderam ter a saúde em estado regular.

#### **4 O entrevistado está conveniado a algum plano de saúde**

Como esperado, a grande maioria da população brasileira não possui plano de saúde. Com uma relação de 1 para 5, aproximadamente, tal fato reflete as condições sociais da população e as vertentes futuras do sistema de saúde<sup>5</sup>.



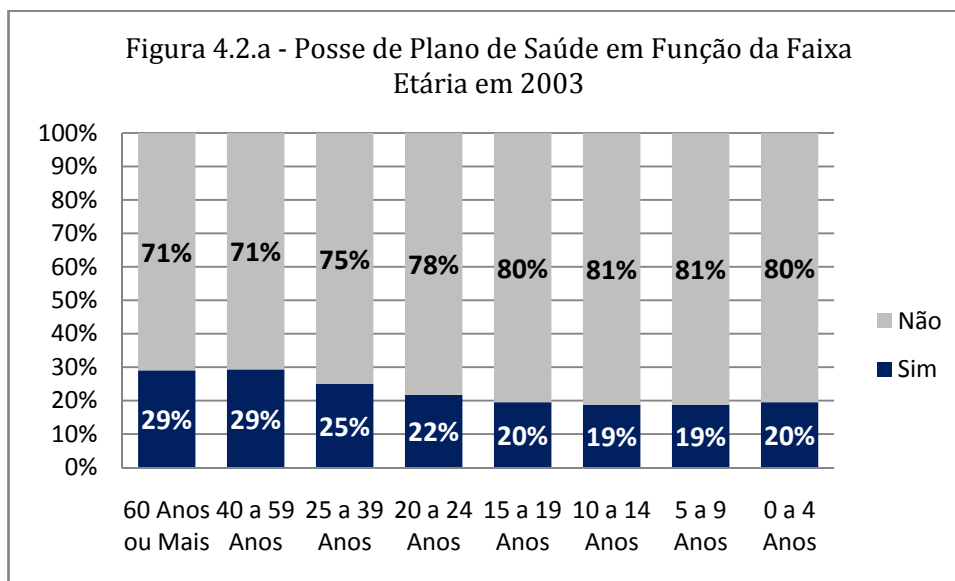
De acordo com o que se pode intuir a respeito da relação entre posse de plano de saúde e região geográfica, têm-se que a população que possui maior percentual de posse de plano de saúde é a do sudeste, seguido pelo sul e centro-oeste.



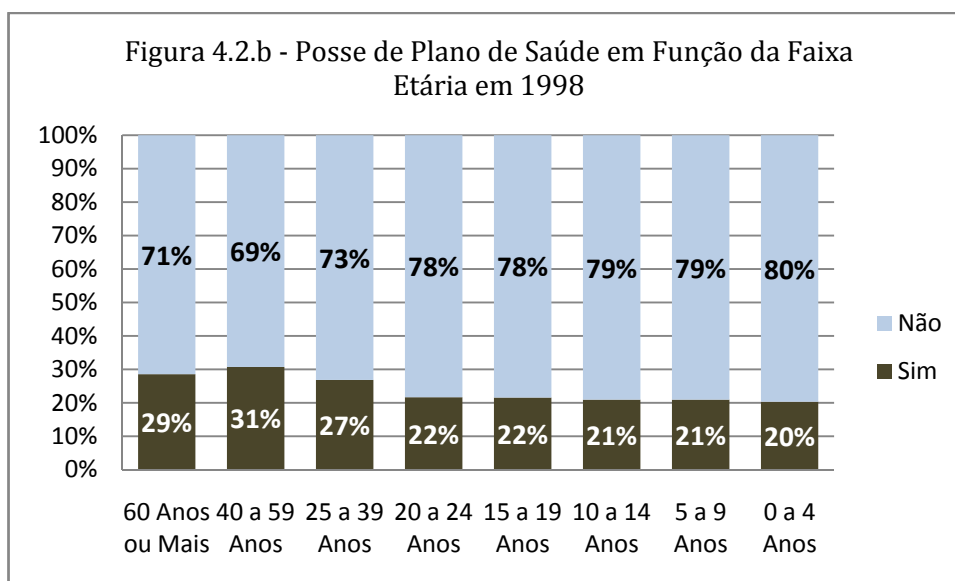
Enquanto nas regiões do norte e nordeste a porcentagem da população que possui plano de saúde diminuiu, a região do sudeste manteve a mesma porcentagem. O sul e o centro-oeste aumentaram essa

<sup>5</sup> "O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003"; BAHIA, L.; LUIZ, R. R.; SALM, C.; COSTA, A. J. L.; KALE, P. L.; CAVALCANTI, M. L. T.; Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e Laboratório de Economia Política na Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006

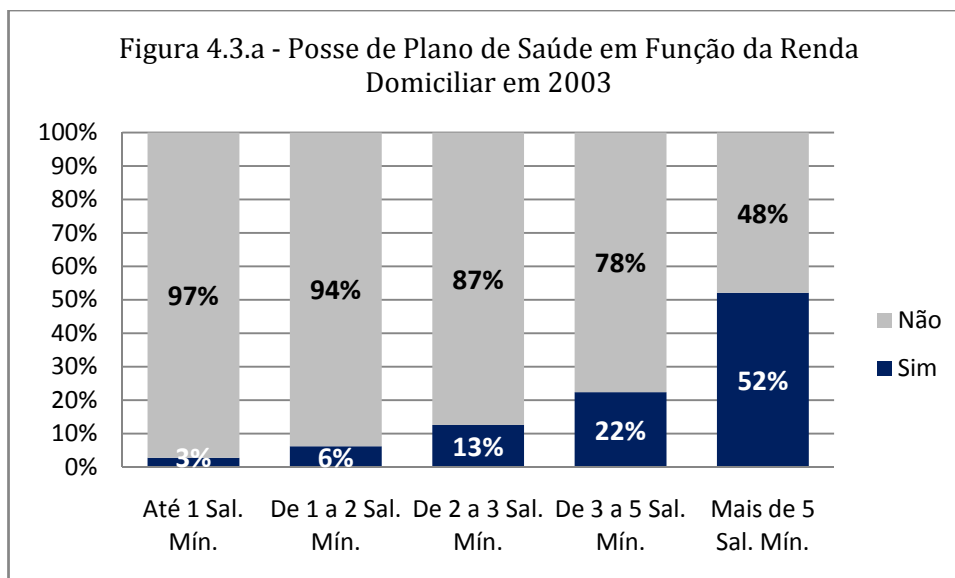
proporção. Tal fato pode indicar um aumento na diferença na qualidade da saúde dessas populações que é um reflexo da diferença crescente no padrão de vida delas.



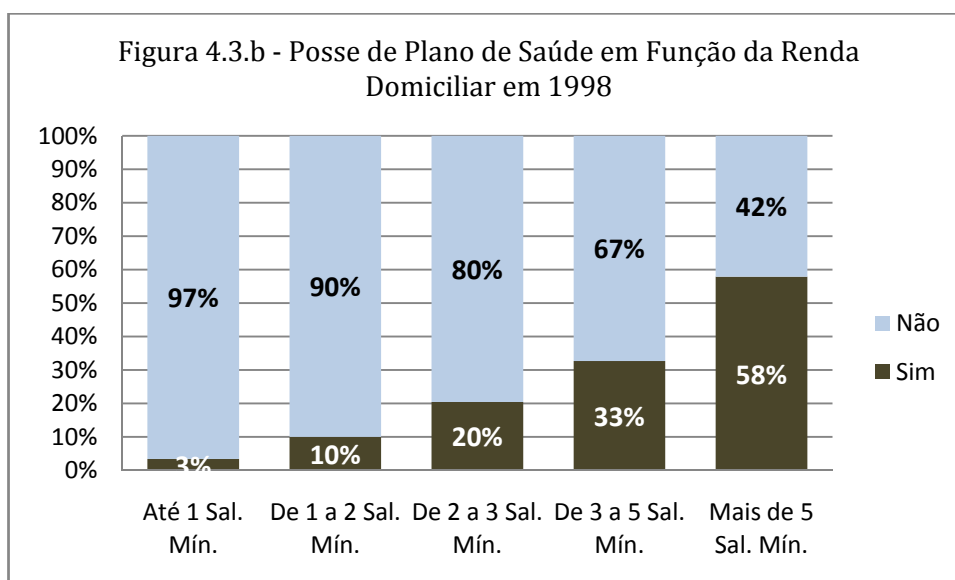
Assim como era de se esperar, a população mais idosa possui uma porcentagem maior de posse de plano de saúde justamente pela demanda de serviços de saúde, nessa fase da vida, ser bem maior. Mesmo sabendo que o custo de um plano de saúde é alto, ainda assim para o idoso vale muito mais a pena possuir tal serviço.



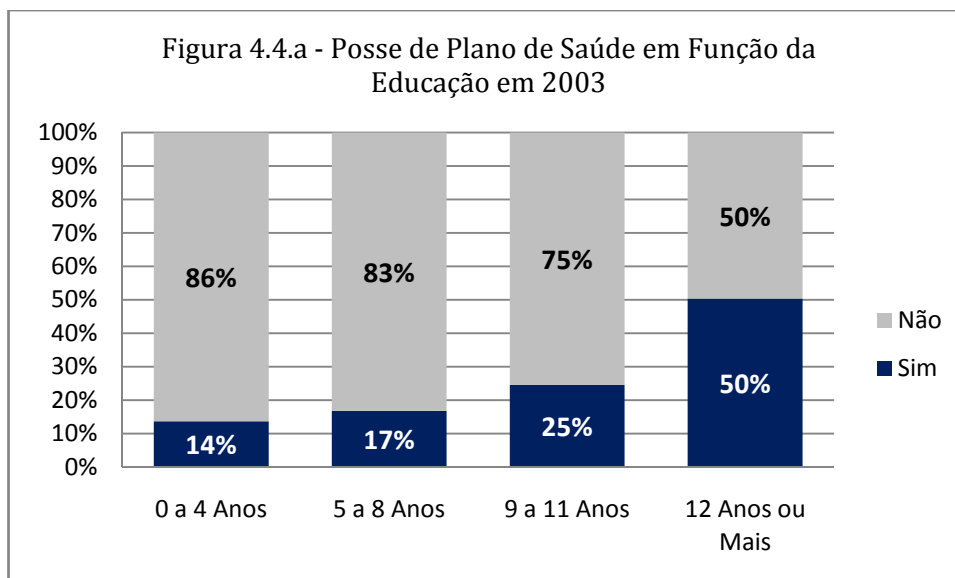
Nos dados da PNAD de 1998, também existe uma tendência de aumento da posse de plano de saúde de acordo com a idade, porém em 1998 a população, no geral, possuía mais planos de saúde do que possuem hoje.



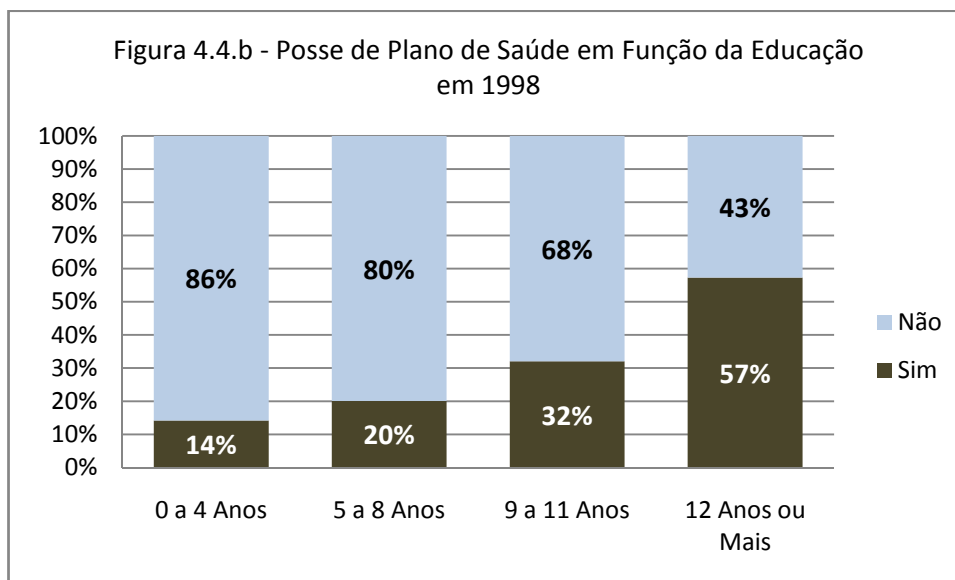
Como imaginado, a fatia da população que possui renda domiciliar de até 1 salário mínimo praticamente não possui plano de saúde. Tal relação aumenta exponencialmente na mesma direção da renda. No final, metade da parcela da população que possui renda mensal domiciliar maior que 5 salários mínimos possuem planos de saúde.



A mesma relação se confirma para 1998, porém houve uma acentuada queda percentual na posse de plano de saúde para aqueles de renda superior.

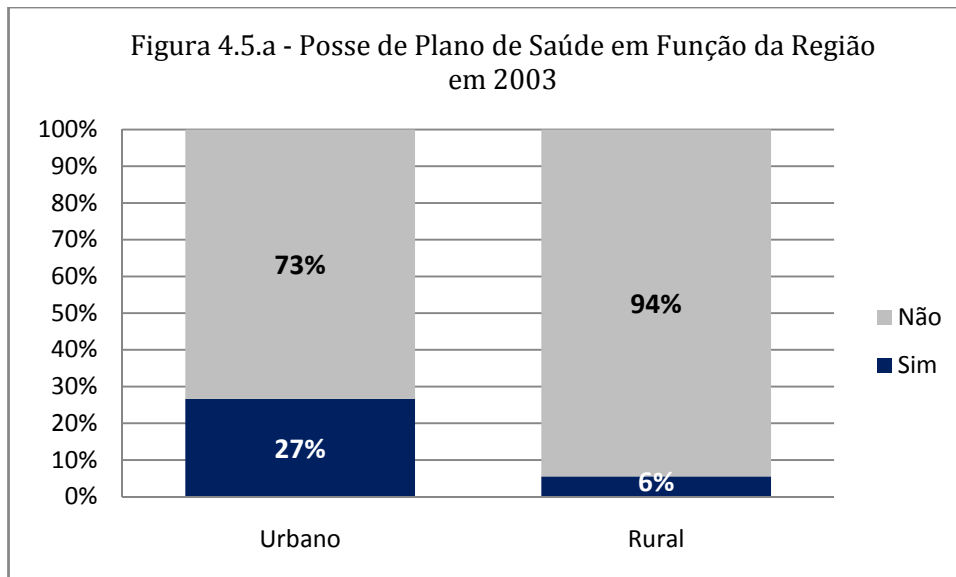


Também se observa uma relação positiva entre anos de estudo e posse de plano de saúde. Deve-se sublinhar que provavelmente aqueles que possuem mais anos de estudo são os que possuem as maiores rendas, portanto não é de se assustar que as duas variáveis se comportem de forma similar.

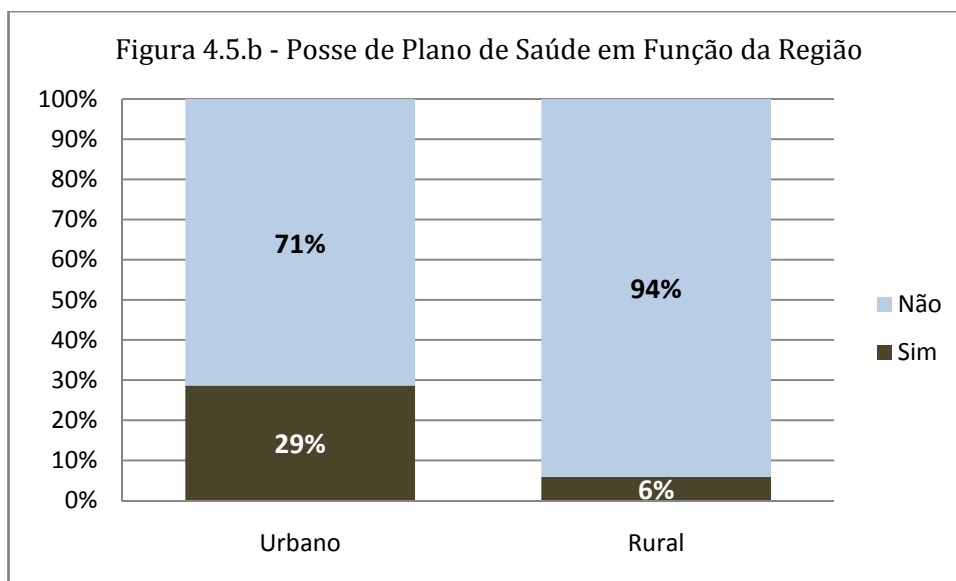


Assim como aconteceu na relação entre posse de plano de saúde e renda, aqueles com mais anos de estudo possuíam muito mais planos de saúde em 1998 do que em 2003.

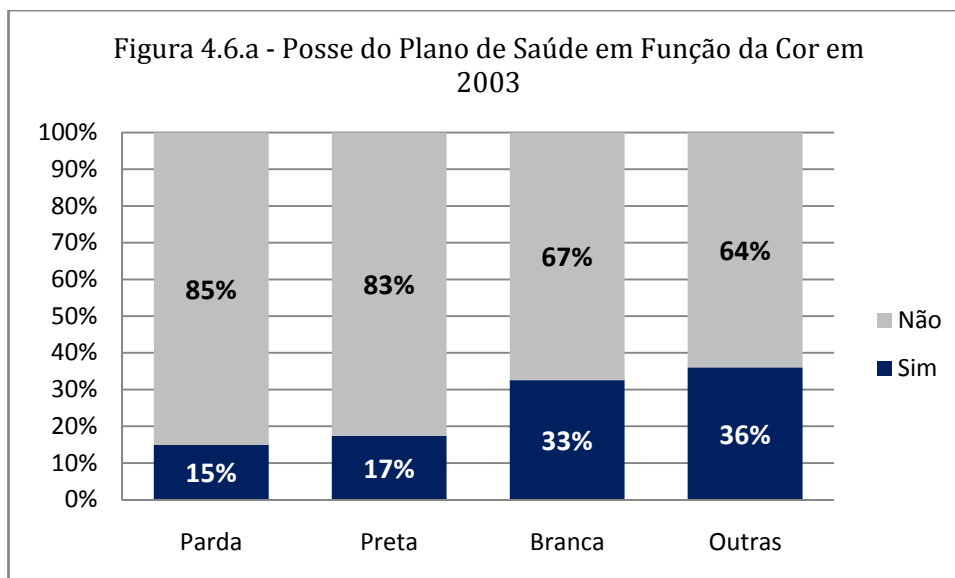




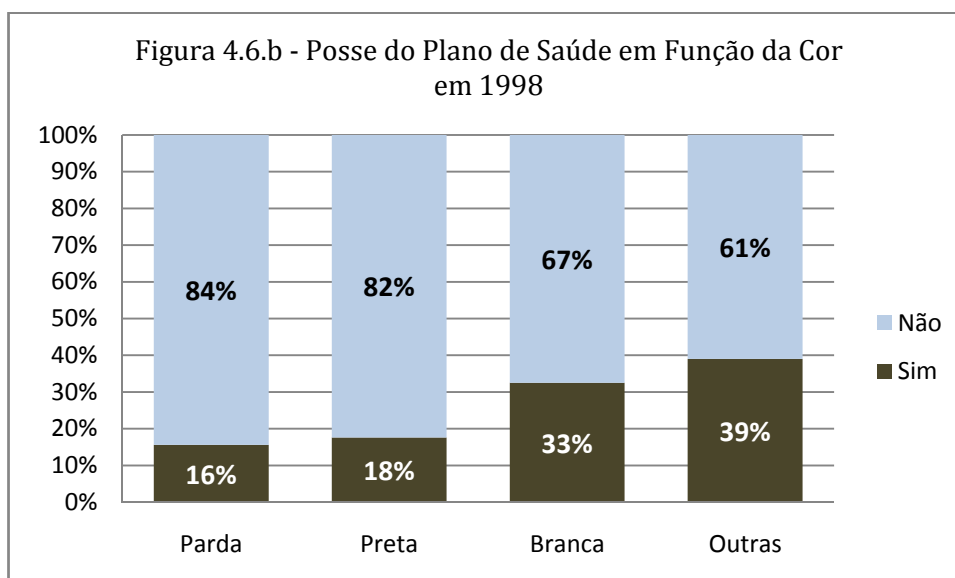
A posse de plano de saúde é muito mais recorrente nas regiões urbanas que rurais.



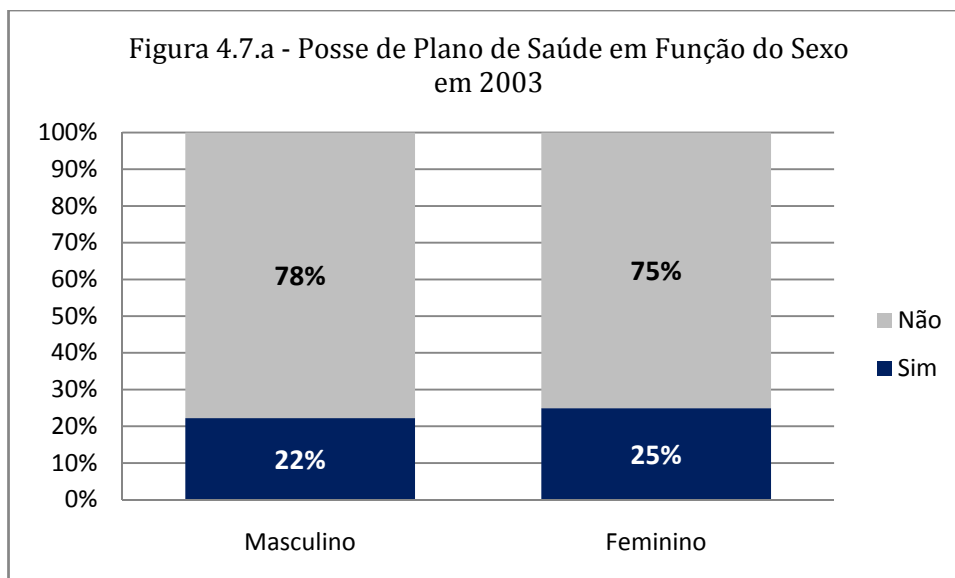
Destaca-se o fato de que a queda percentual na posse de plano de saúde observada entre 1998 e 2003 se deu substancialmente na região urbana.



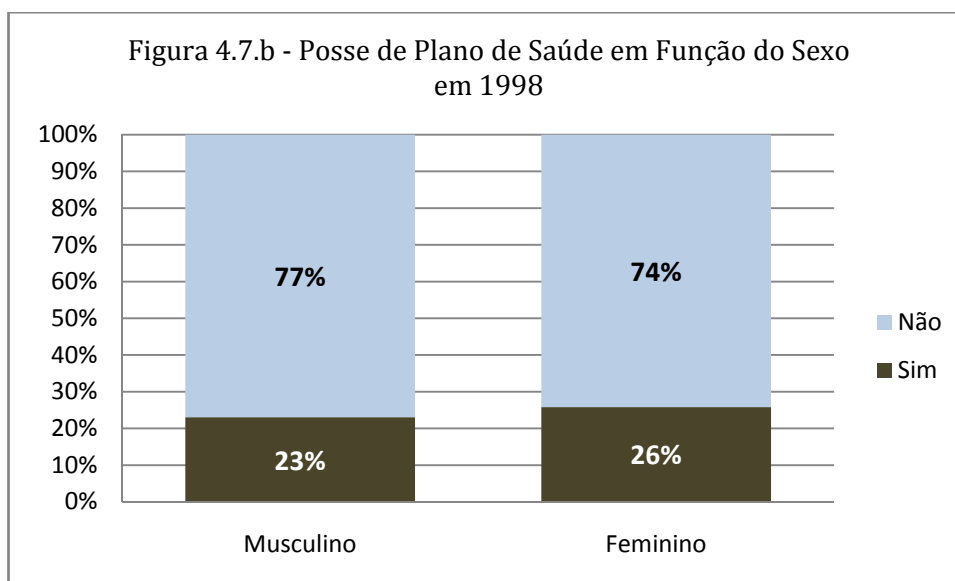
Como era de se esperar, a cor branca é aquela que possui maior percentual de posse de plano de saúde com 33%. Ao contrário do que se pôde ver em outras variáveis, os negros não possuem os piores indicadores e sim os pardos com 16%.



Houve uma pequena queda na aquisição de planos de saúde entre os negros e pardos, houve ainda uma queda maior na classe de “Outras”. Para a cor branca o percentual se manteve, o que, comparativamente, configura uma melhora.



Pouco mais de um quinto da população possui plano de saúde, sendo a maioria dos consumidores formados pelas mulheres. Tal percentual vai de acordo com a maior demanda por serviços de saúde característica do sexo feminino.

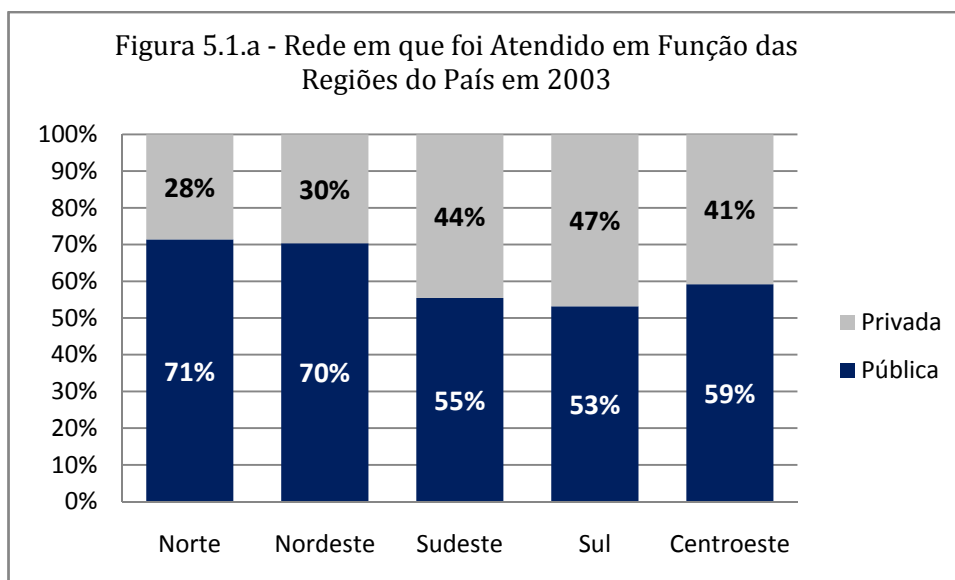


Entre 1998 e 2003 a queda percentual do consumo de planos de saúde se deu homogeneamente entre homens e mulheres.

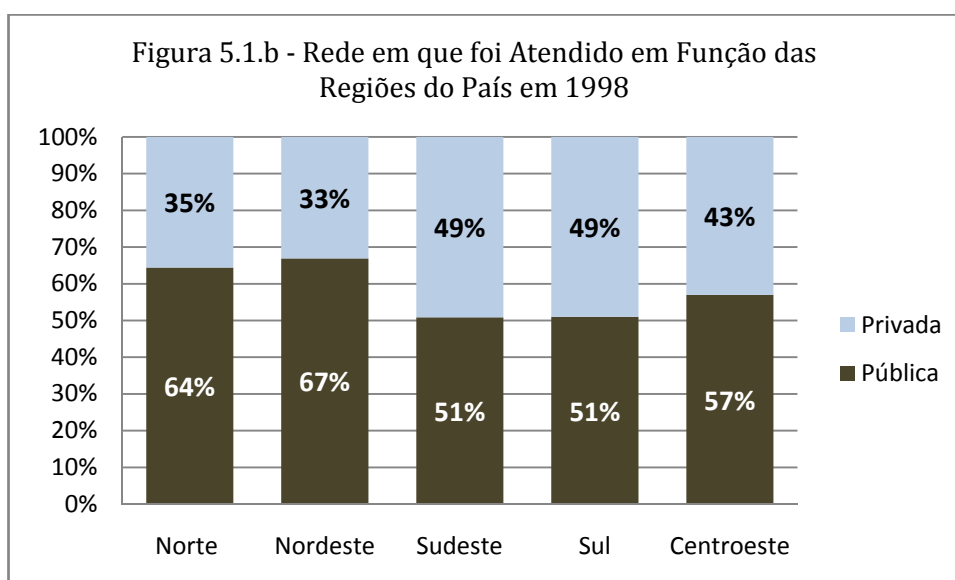
## 5 Rede em que o entrevistado foi atendido, pública ou privada

Há indícios de que a saúde pública é um bem inferior, pois quanto maior a quantidade de renda ou maior os anos de estudo do entrevistado, maior a freqüência do uso da rede de saúde suplementar, ou da rede

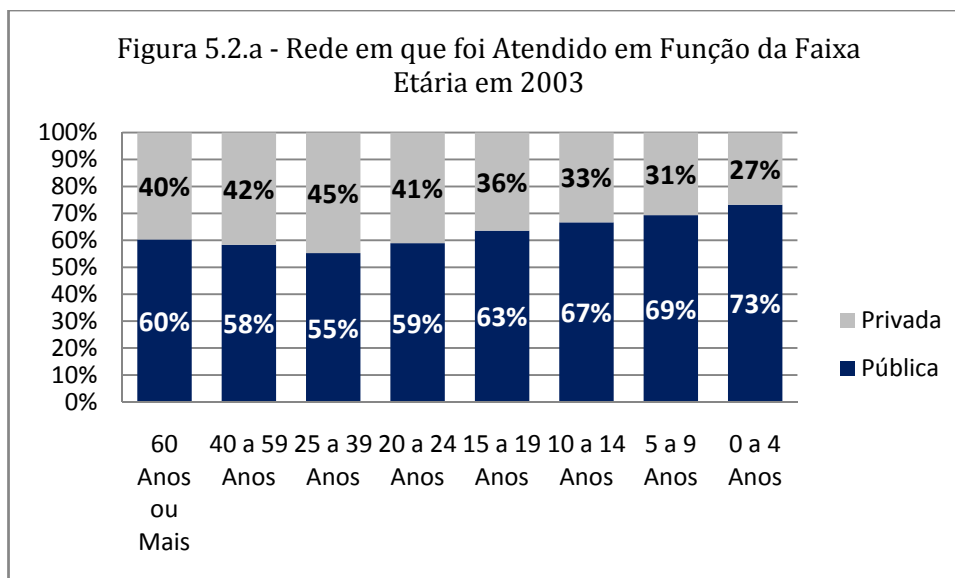
privada de atendimento. É visível que as regiões com maiores indicadores socioeconômicos trocam o serviço público pelo privado. O usuário da rede pública de saúde não tem escolha se não se submeter às condições de atendimento, infra-estrutura, medicação, etc. A população tende a abandonar os serviços públicos de saúde conforme a idade aumenta, o estado de saúde do indivíduo vai ficando mais prejudicado.



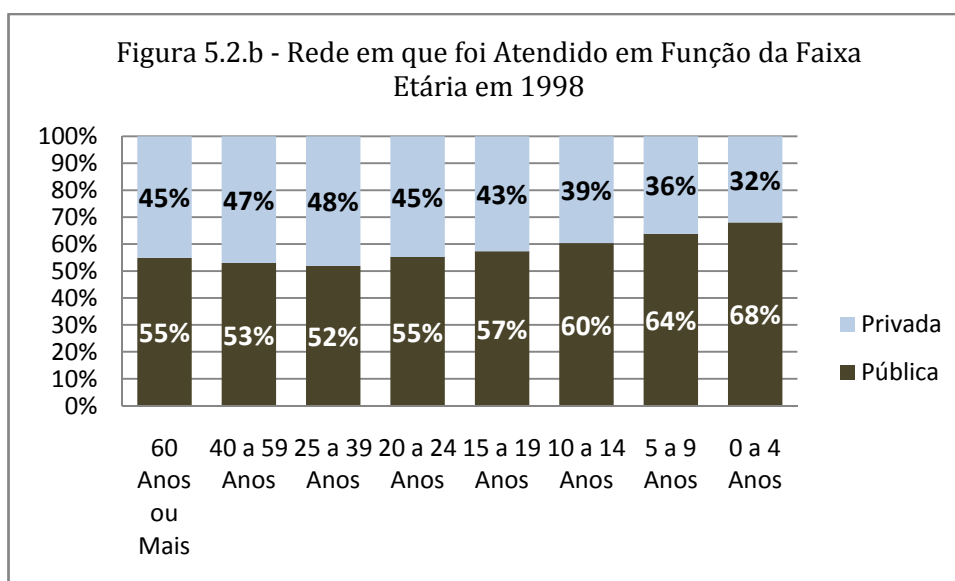
Como os estados do Norte e nordeste são mais carentes em fatores socioeconômicos, cerca de 70% dos atendimentos nesses estados são fornecidos por serviços públicos. Já o sudeste gira em torno dos 50% nos atendimentos públicos. O centro oeste possui quase 60% dos atendimentos realizados pela rede pública.



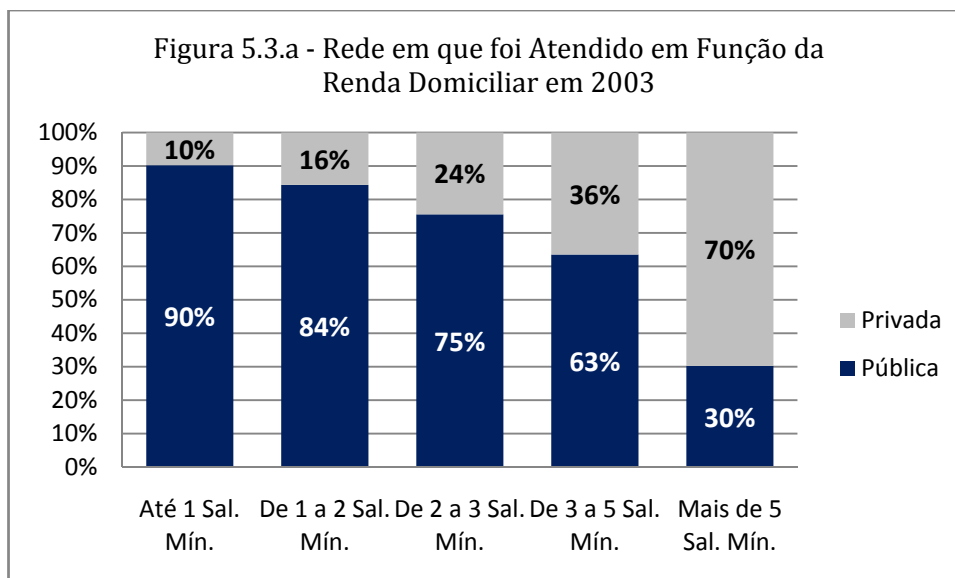
Na pesquisa de 1998, as regiões sul e sudeste se mantiveram na faixa dos 50% no atendimento público, mas as regiões norte e nordeste, em 2003, sofreram um aumento de atendimento público, já que em 98 a porcentagem de atendimento estava em torno dos 65%.



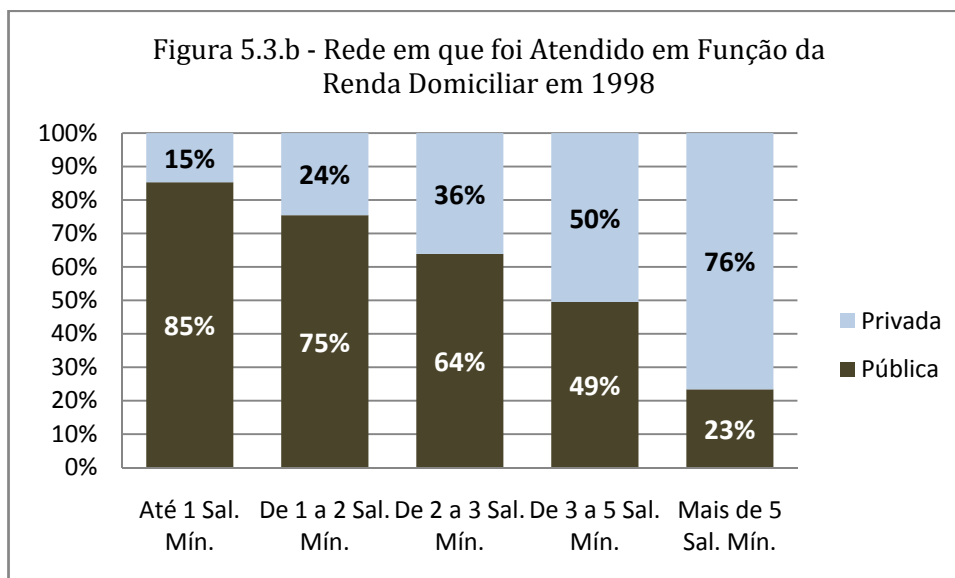
Conforme a teoria micro econômica de seleção adversa diz, as pessoas mais velhas tendem a procurar mais planos de saúde já que usam muito mais dos serviços médicos do que os adultos. A população acima de 60 anos na pesquisa em 2003 chega a ter 60% dos atendimentos realizados na rede pública contra 73% dos atendimentos de crianças na mesma rede.



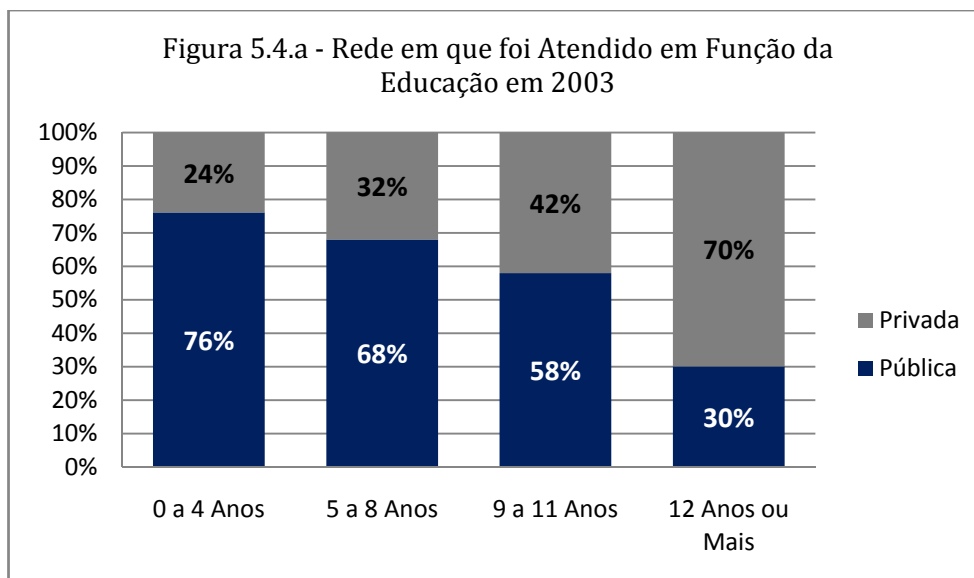
O mesmo efeito se repete na pesquisa realizada no ano de 1998, mas 55% dos atendimentos realizados com os entrevistados acima de 60 anos, foram realizados na rede pública. Mas 68% dos mais jovens (de 0 a 4 anos) foram atendidos na mesma rede. Conforme a faixa etária aumenta maior a dependência por serviços privados.



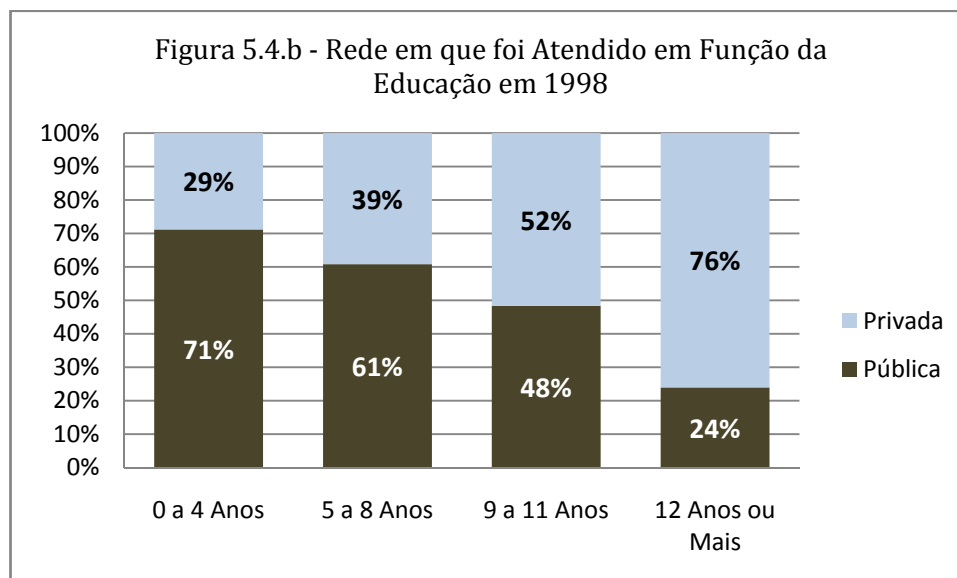
A população que ganha até um salário mínimo procurou em 90% dos casos a rede pública justamente pela restrição orçamentária que se apresenta. Já aqueles que possuem renda domiciliar acima de 5 salários mínimos chegaram a procurar os serviços públicos em 30% dos casos. Isto trás indícios de que o serviço público de saúde é um bem inferior já que quanto mais dinheiro as pessoas têm, menor é a propensão a consumir consultas em hospitais e postos de atendimento públicos no Brasil.



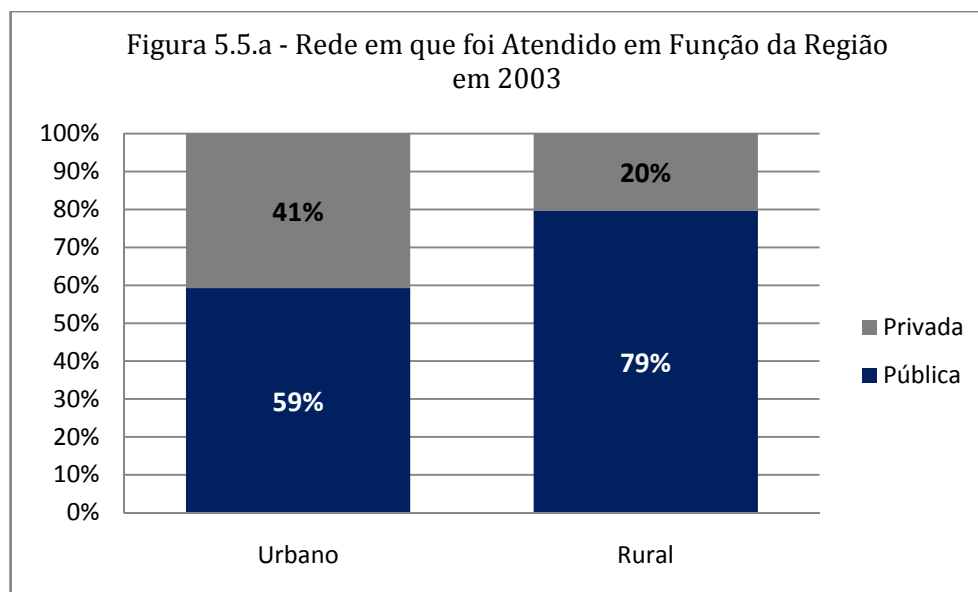
Em 1998, daqueles que tinham menos de um salário mínimo por residência e 85% das consultas ocorreram pela rede pública. Já aqueles que ganhavam mais de 5 salários mínimos, 23% deles se usaram o serviço público. Ao longo do tempo, a proporção do atendimento público cresce em relação ao privado.



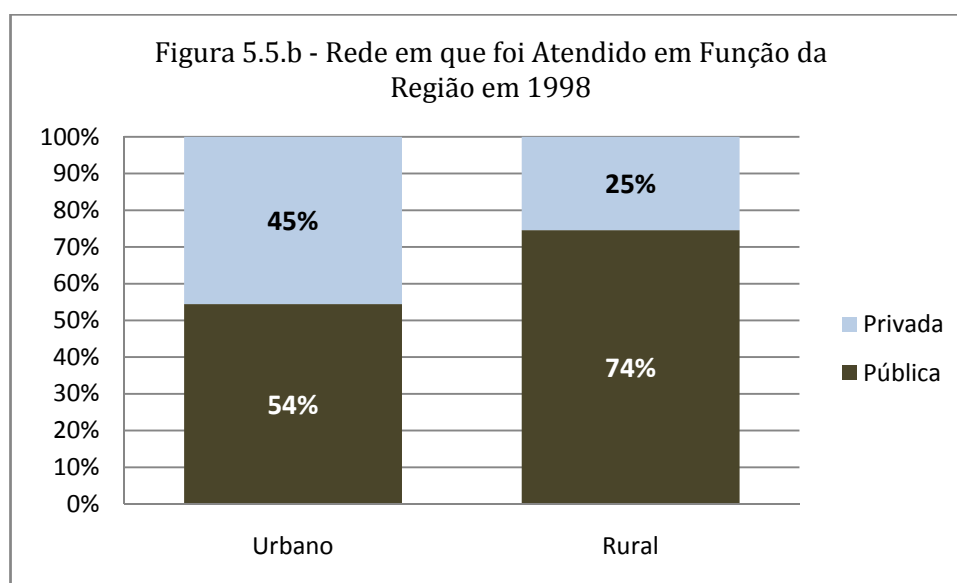
Como há uma correlação forte entre anos de estudo e renda, é possível intuir de forma semelhante no fato de que quanto menor a quantidade de anos de estudo, na maior parte das vezes as pessoas precisam do atendimento público por não terem condições de pagar. Portanto, quem estudou até quatro anos, tende a usar o serviço público em 76% das vezes, já quem estudou 12 anos ou mais, tende a escolher o atendimento público em 30% dos casos.



Como há uma correlação forte entre anos de estudo e renda, é possível intuir de forma semelhante no fato de que quanto menor a quantidade de anos de estudo, na maior parte das vezes as pessoas precisam do atendimento público por não terem condições de pagar. Portanto, quem estudou até quatro anos, tende a usar o serviço público em 76% das vezes, já quem estudou 12 anos ou mais, tende a escolher o atendimento público em 30% dos casos.

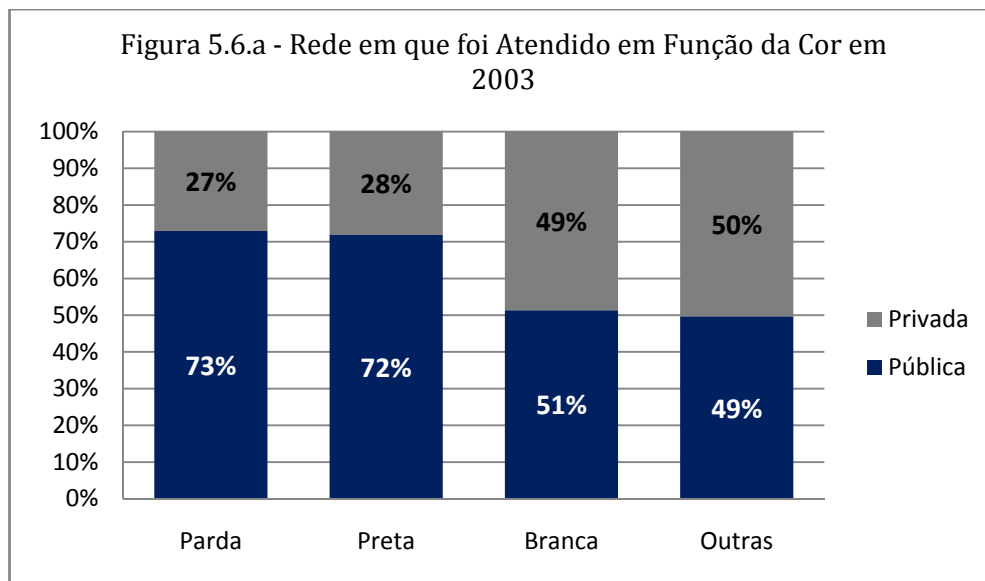


Do ano de 1998 para 2003 é visível o aumento das porcentagens do atendimento público frente ao atendimento privado. A população que estudou até quatro anos mostra que em 71% dos casos o atendimento era público, contra 24% dos atendimentos da mesma rede para aqueles que têm mais de 12 anos de estudo.

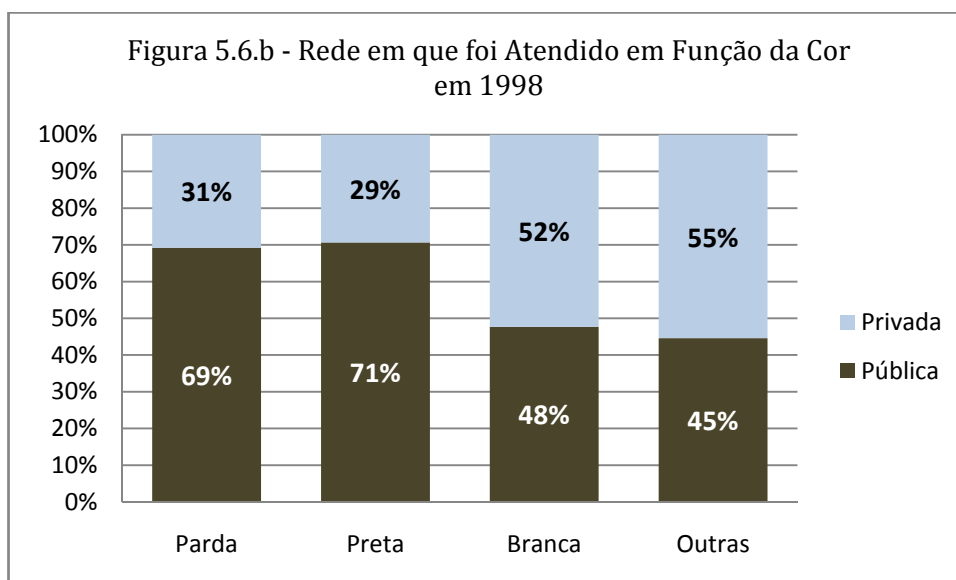


As pessoas que moram no campo tendem a usar os serviços públicos em quase 80% das consultas médicas, contra 60% das pessoas que moram na zona urbana. É interessante mencionar que os dados referentes à população rural dizem respeito a apenas 10% dos dados capturados nessa questão.

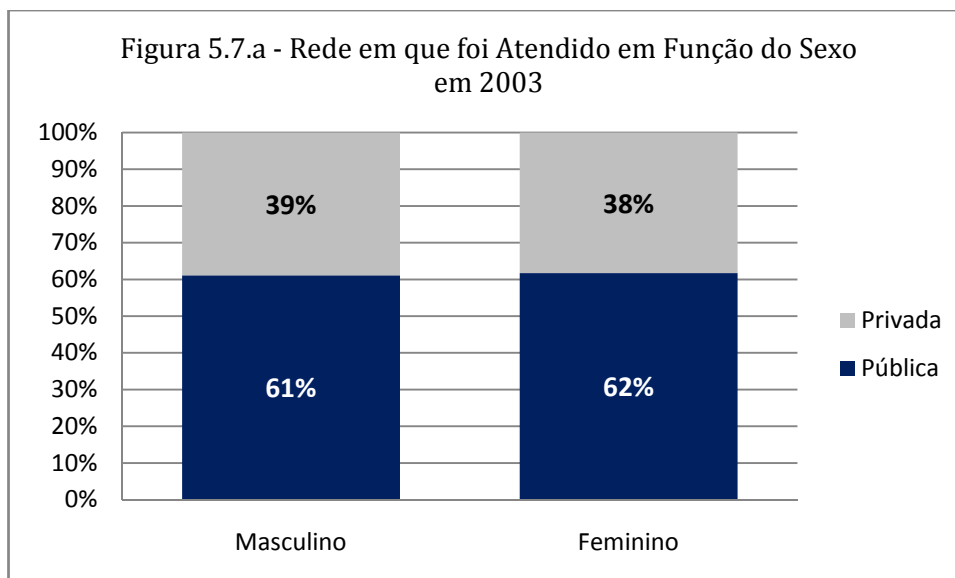




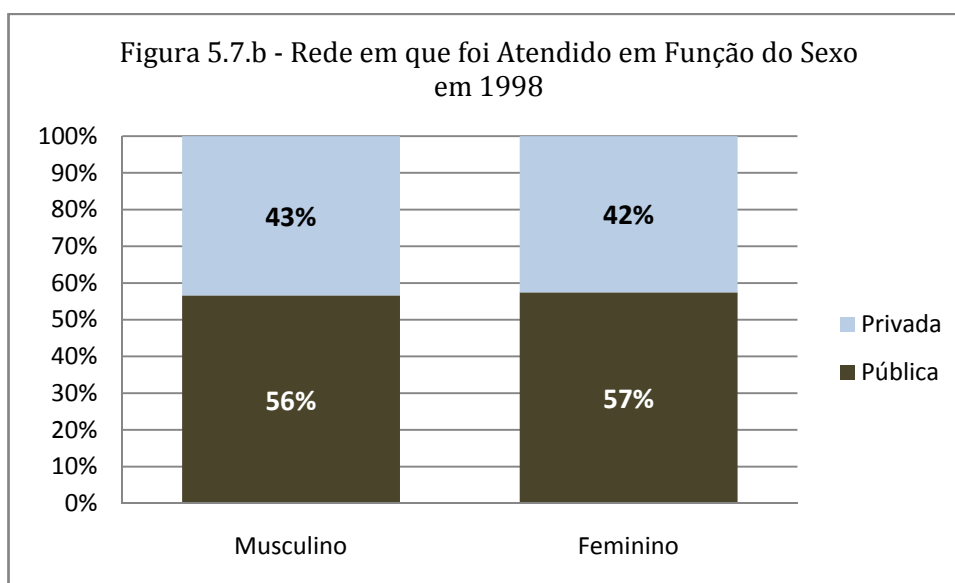
A população branca procurou atendimento público em aproximadamente 51% dos casos, contra os 72% e 73% dos atendimentos públicos para a população negra e parda respectivamente. É possível visualizar indícios de relação entre condições sócio-econômicas e a cor da população, herança do passado histórico ainda presente na sociedade brasileira.



Do ano de 1998 para o ano de 2003 a proporção de negros e pardos que usam o atendimento de saúde público continua girando em torno dos 70% contra a população branca que mostra que em 45% dos atendimentos houve consulta em hospitais e postos da rede pública de saúde.



Os homens costumam utilizar em 61% das vezes o sistema público de atendimento, já as mulheres, em quase 62% dos casos, preferiram usar o atendimento público.

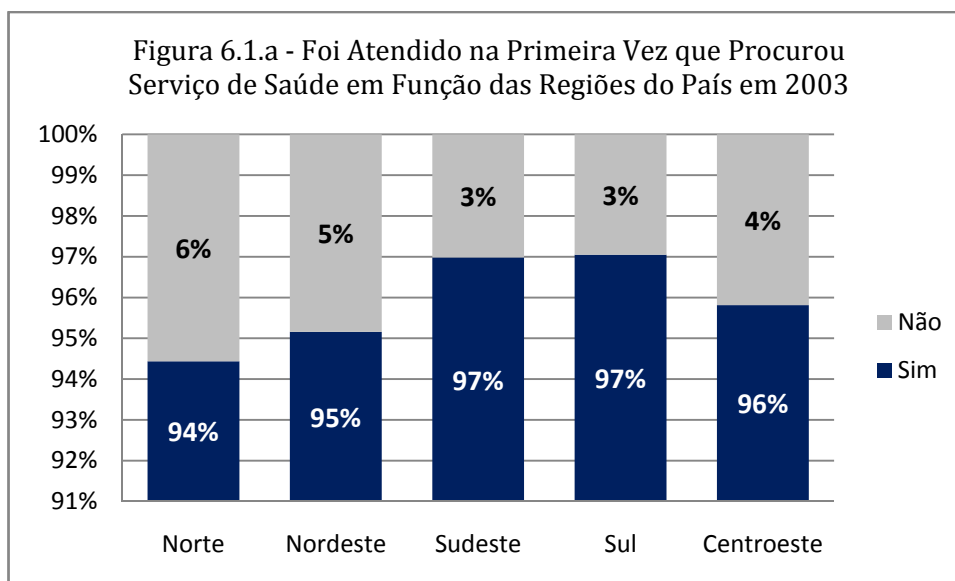


Do ano de 1998 para o ano de 2003, as mulheres utilizaram, em 57% dos casos, os serviços públicos, contra os homens que em 56% dos entrevistados que ficaram doentes e foram ao hospital, posto de saúde ou clínica.

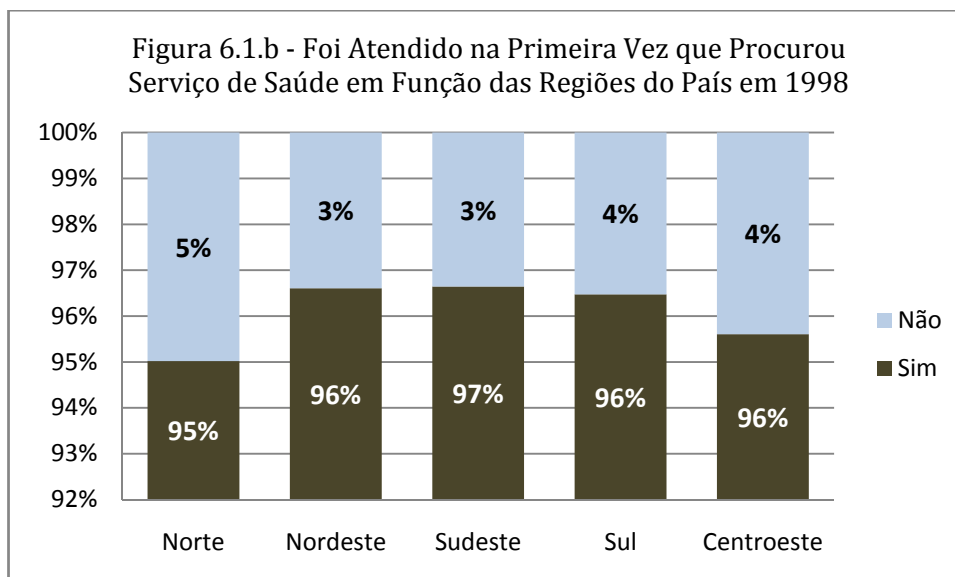
## **6 O entrevistado foi atendido na primeira vez que procurou atendimento**

Pode-se perceber indícios de desigualdade grupos sociais, já que as pessoas com menor quantidade de renda por membro família são usuárias do serviço público que é gratuito. No Brasil existe o Sistema único de Saúde (SUS) no qual a União destina verbas para subsidiá-lo através do Ministério da Saúde que repassa verbas

ao Fundo Nacional da Saúde. Existe ainda o Fundo Estadual de Saúde que repassa recursos para o Fundo municipal da Saúde conforme o número de habitantes do município. A dificuldade no atendimento se dá porque o SUS não está instalado em todas as localidades do país. Por isso se verifica gargalos do Sistema Nacional de Saúde que geram demora e ineficiência no primeiro atendimento<sup>6</sup>.

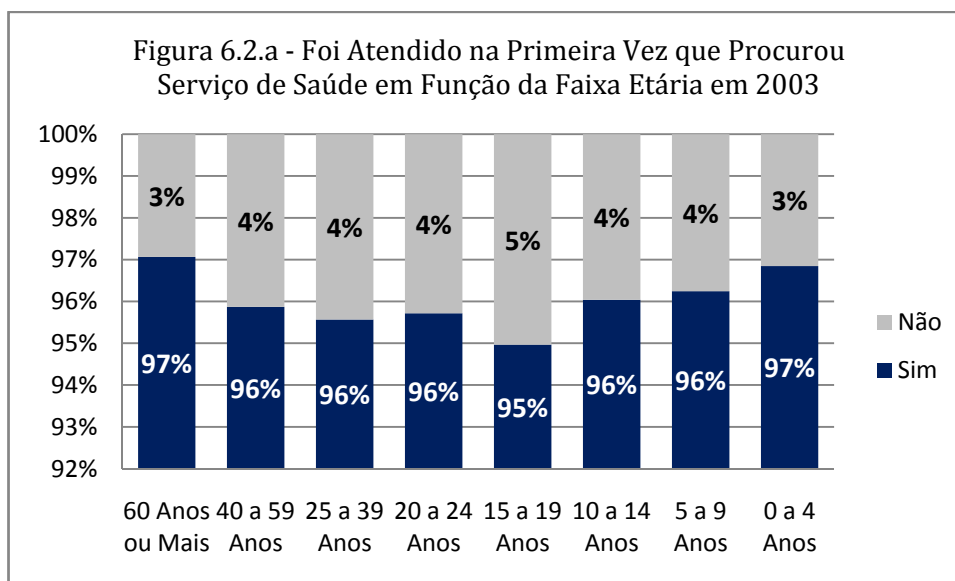


A região mais ineficiente no atendimento é a região Norte do país, já que 6% das pessoas não foram atendidas quando procuraram atendimento pela primeira vez. O nordeste é a segunda região mais ineficiente com 5% dos atendimentos não realizados na primeira vez. Já o centro-oeste ficou com 4% e os estados do sul e sudeste ficaram com 3%.

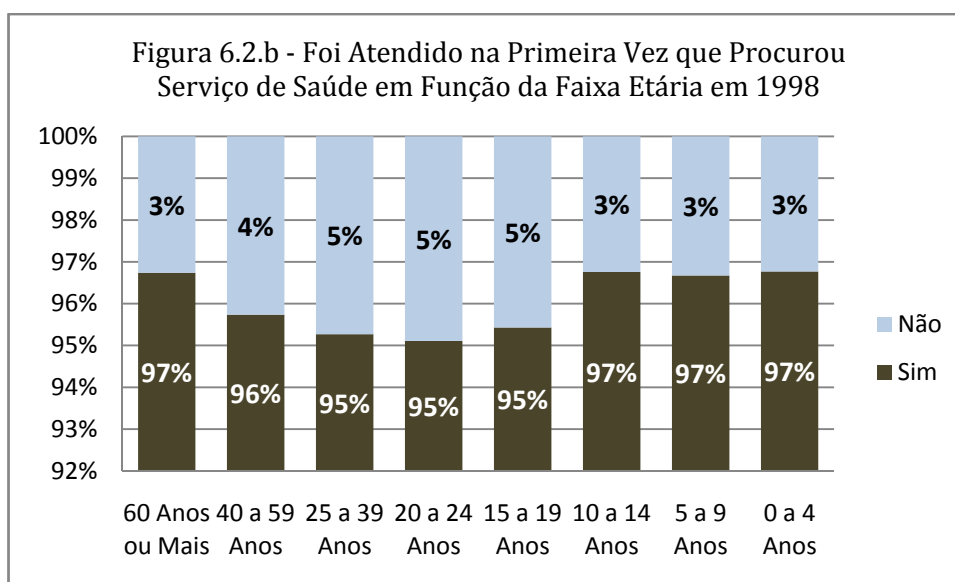


<sup>6</sup> “Eficiência comparada em sistemas de saúde: um estudo para o Brasil”; PIRES, C. C.; Instituto de pós-graduação em Engenharia e Mecânica, na Área de Produção: Instituto Tecnológico da Aeronautica (ITA), São José do Campos, S. Paulo, p. 16, 2007.

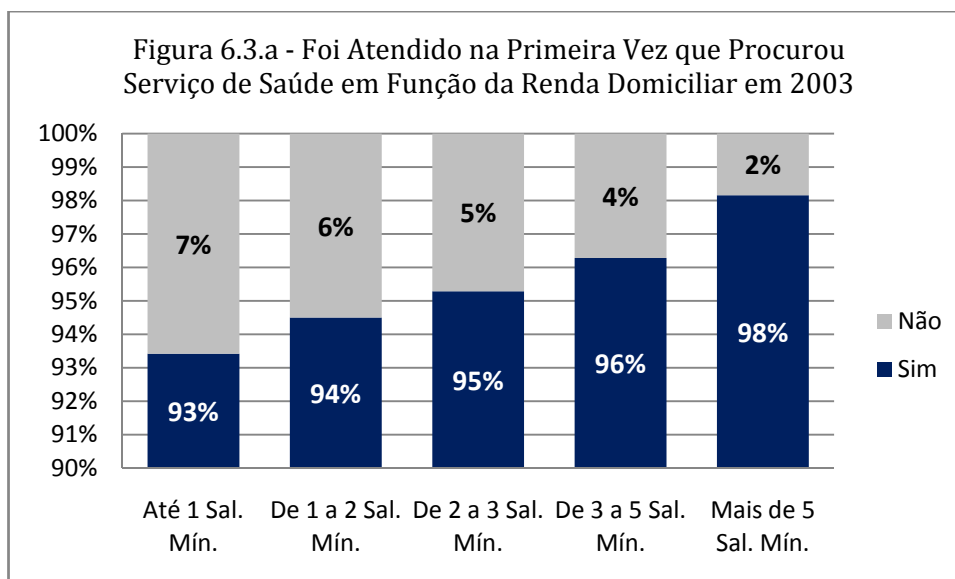
A tabulação cruzada do primeiro atendimento no ano de 2003 se manteve igual ao longo de 1998.



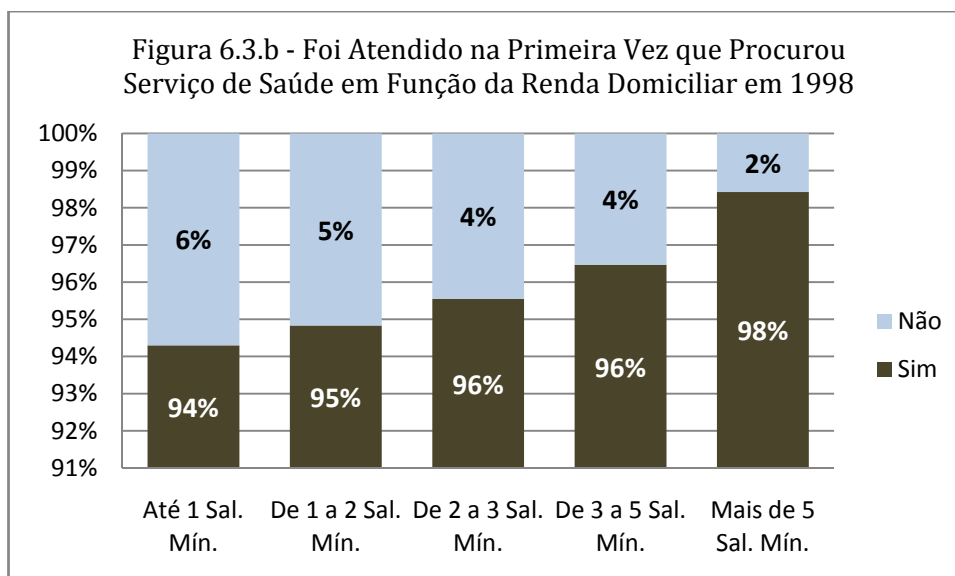
As pessoas mais idosas aparentemente têm uma prioridade de atendimento já que tem menores probabilidades de não serem atendidas com 3% dos mais idosos não atendidos na primeira vez que buscaram atendimento. Com o mesmo valor para as crianças de 0 a 4 anos, mas com 5% de entrevistados que procuraram atendimento dentre os que têm 15 a 19 anos.



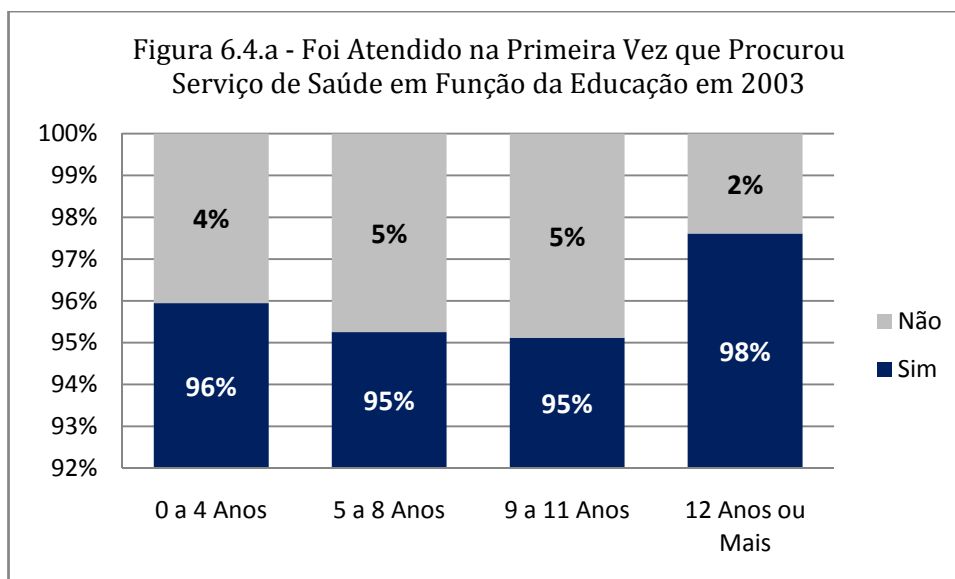
No ano de saúde as condições de atendimento estavam um pouco pior em relação a 2003 pois, pessoas entre 19 e 39 anos, em média, 5% dos que ficaram doentes e procuraram atendimento pela primeira vez, não foram atendidos. Mas dos menores de 19 anos que foram ao posto ou hospital, apenas 3% não foi atendido na primeira vez que procurou, bem como os mais idosos.



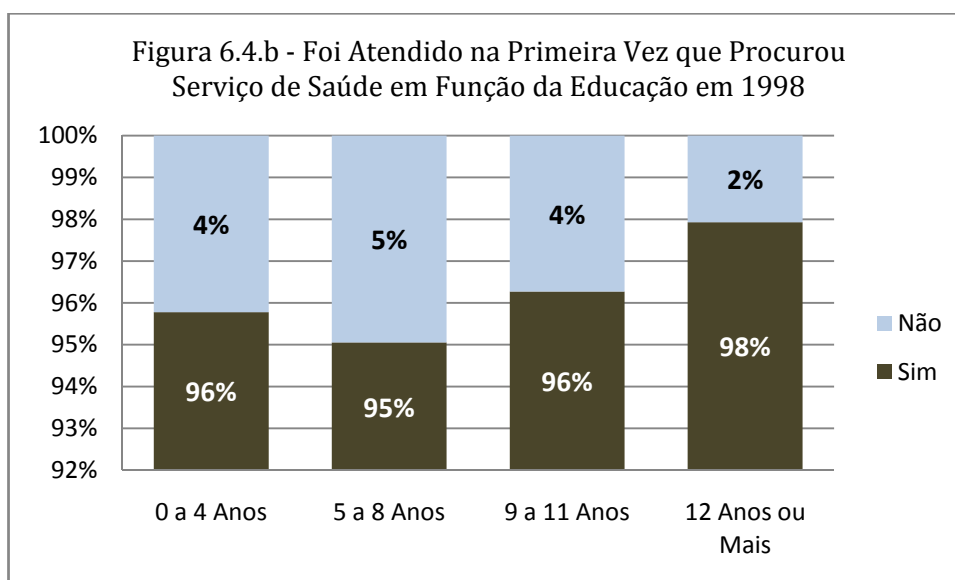
Na tabulação da renda no ano de 2003, as pessoas que ganhavam até 1 salário mínimo, isto é, os mais pobres, mais do que qualquer outra faixa de renda deixaram de ser atendidos na primeira vez em que buscou os serviços de saúde, em 7% das vezes. Há uma correlação negativa em que quanto maior a renda da pessoa menor a probabilidade desta pessoa deixar de ser atendida. Apenas em 2% dos casos aqueles que ganhavam mais de 5 salários mínimos deixaram de ser atendidos.



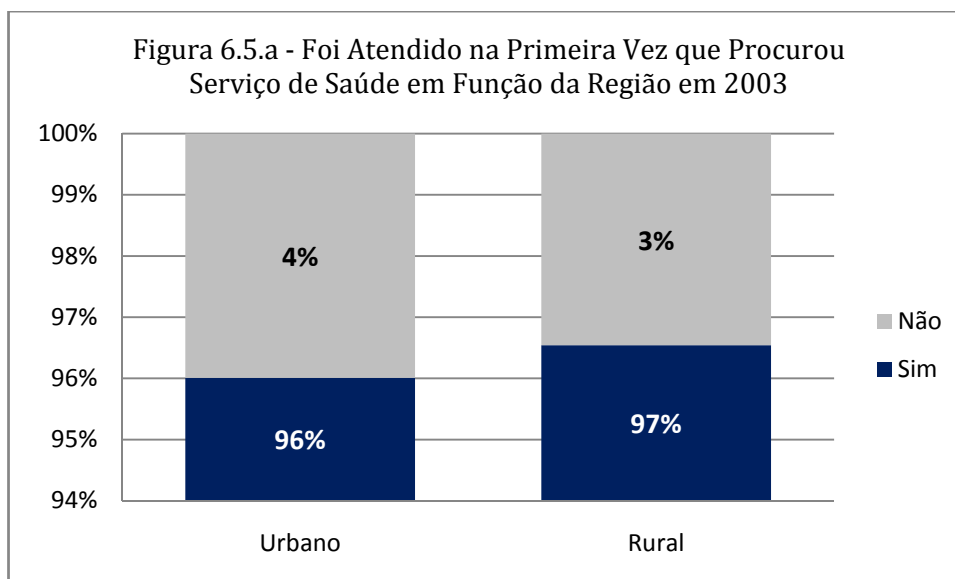
Em 1998 os dados continuam parecidos em relação, mas quem ganha de 2 a 5 salários mínimos deixou de ser atendido em 4% das vezes. Já os que ganham menos de 1 salário mínimo não foram atendidos em 6% das vezes.



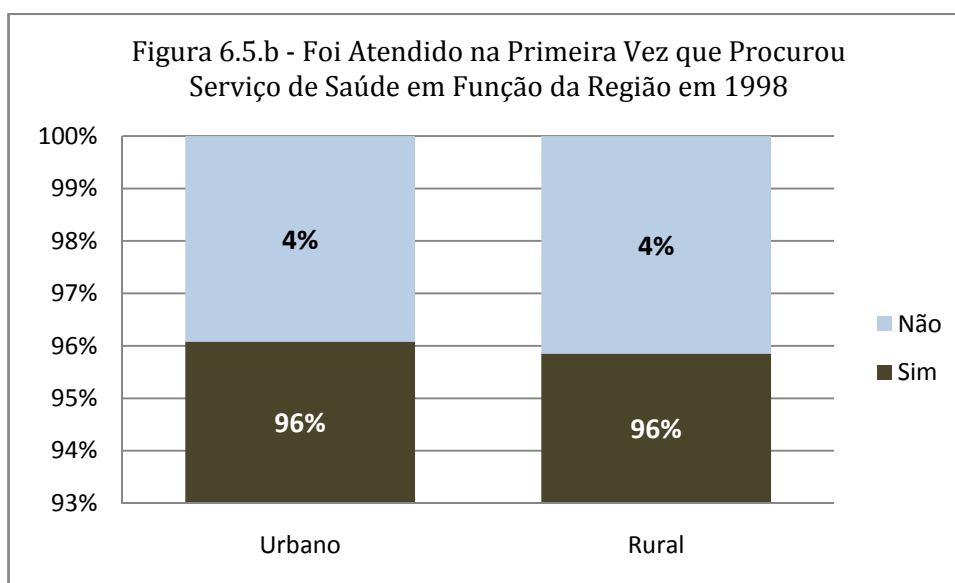
Em 2003, das pessoas que deixaram de ser atendidas e estudaram de 0 a 11 anos, em cerca de 5% das vezes não foram atendidos no momento em que procuraram auxílio profissional de saúde, mas os que estudaram mais de 12 anos apenas em 2% dos atendimentos não foram realizados quando demandados.



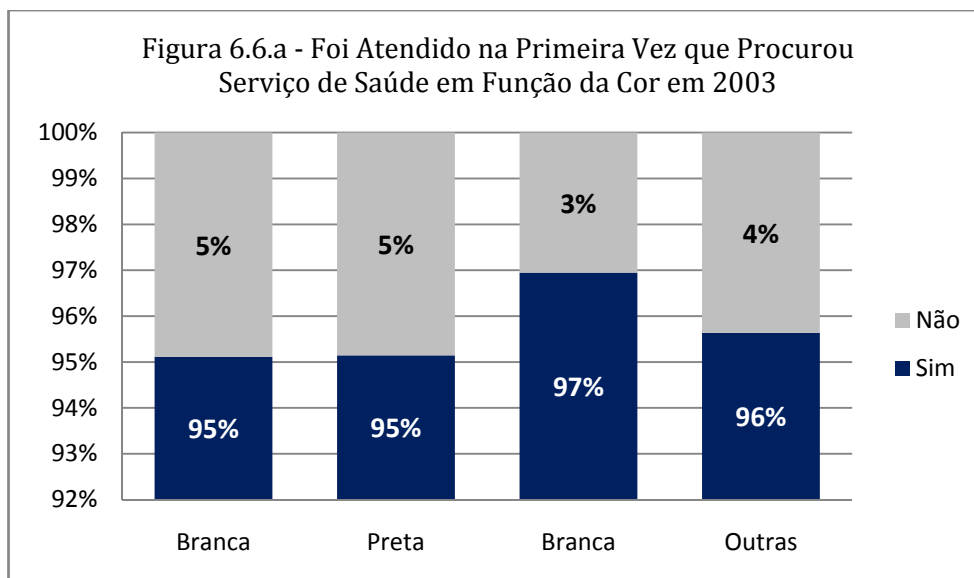
No ano de 1998, pessoas com ano de estudo de 0 a 4 anos foram atendidas em 96% das vezes que essa população procurou atendimento. Para as pessoas com 12 anos ou mais de estudo, 98% delas conseguiram ser atendidas na primeira vez que buscaram atendimento. Mas 96% das pessoas com menos que 11 ou maior que 9 anos de estudo foram atendidas na primeira vez que foram ao posto, hospital ou consultório da rede o pública ou privada.



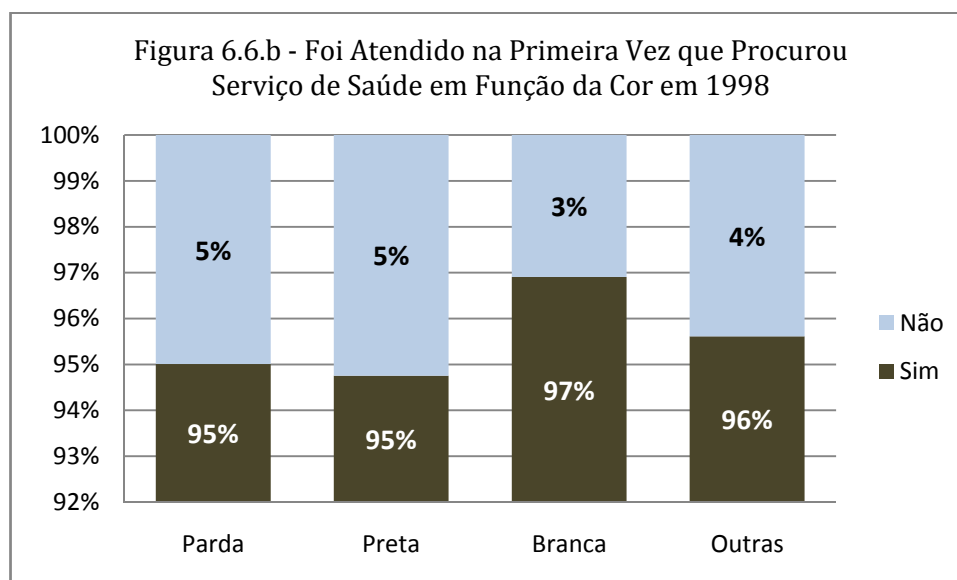
As pessoas que deixaram de ser atendidas nas cidades na primeira vez que procuraram atendimento chegaram a 4%, já na zona rural apenas 3% que procurou serviços de saúde deixou de ser atendido. Mas há pelo menos 9 vezes mais observações na zona urbana do que na zona rural.



No ano de 1998, tanto na zona urbana quanto na zona rural as proporções de pessoas que deixaram de ser atendidas quando procuram o atendimento pela primeira vez é 4%. A amostra da população rural é quase 13% dos dados da pergunta, ou seja, houve uma diminuição da amostra direcionada à população rural.

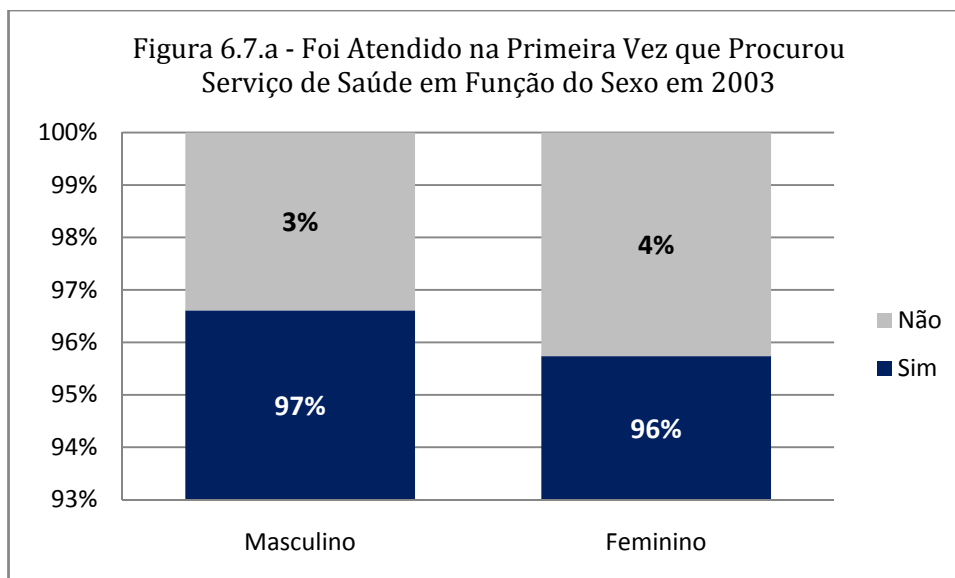


Em 2003, segundo a divisão racial do IBGE, a população que teve maior ocorrência de atendimentos na primeira vez que procurou ajuda foi a população branca com 97% dos entrevistados. Já os pardos e os negros foram atendidos em 95% das vezes que procuraram atendimentos.

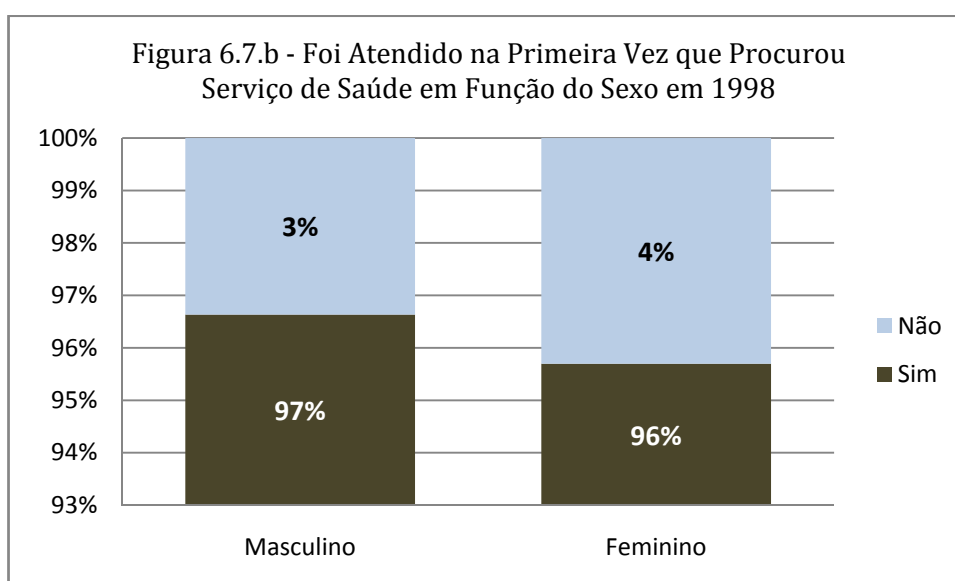


Em 1998, quase 97% dos brancos foram atendidos, para os negros e pardos essa porcentagem cai para 95%. Nota-se então que não houve nenhum tipo de evolução entre 1998 e 2003.

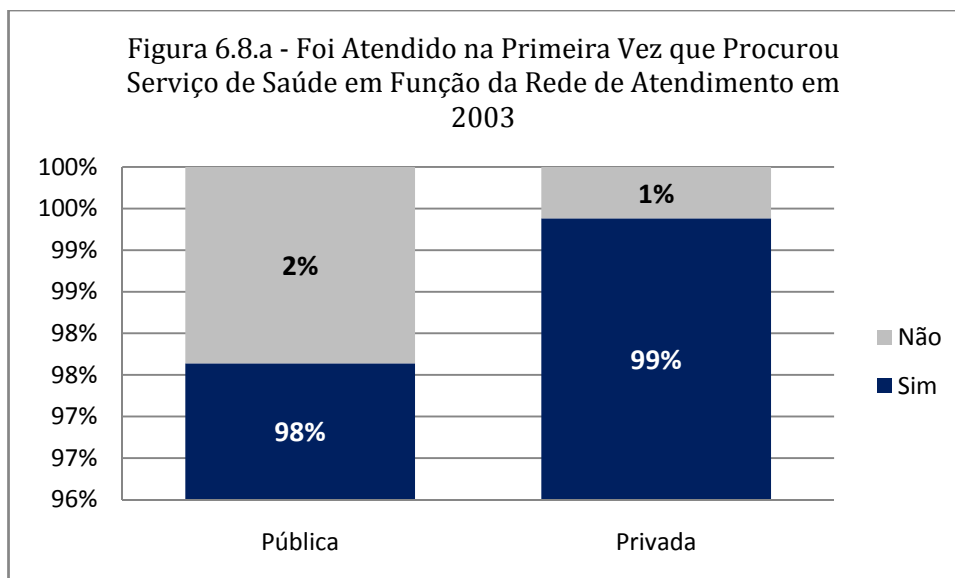




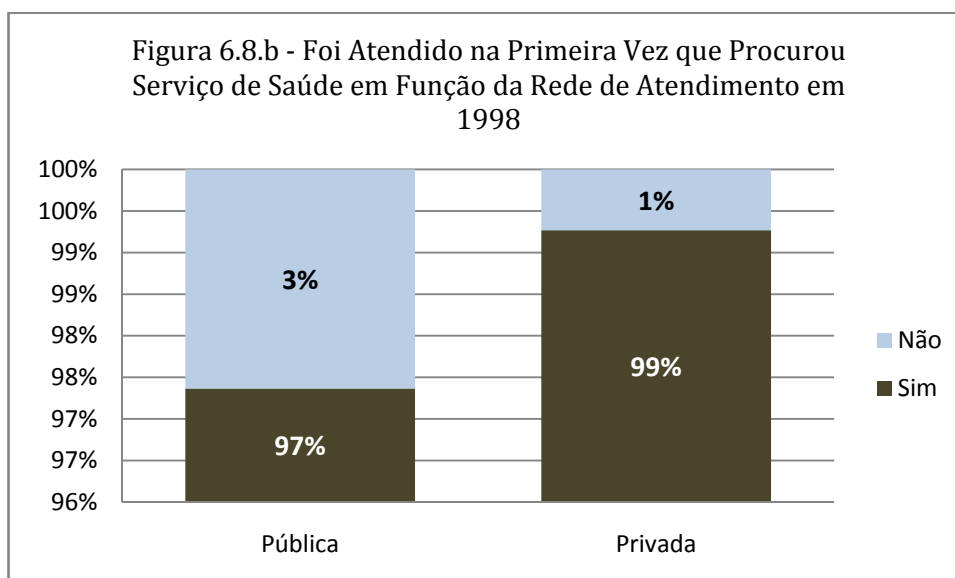
O fato de os homens terem um percentual maior em serem atendidos na primeira vez que procuraram um serviço de saúde pode vir do fato que eles procuram serviços de saúde em uma menor frequência que as mulheres, portanto possuem uma probabilidade menor de não serem atendidos na primeira vez.



O mesmo resultado de 2003 também tinha sido obtido em 1998, assim, não houve evolução dessas variáveis ao longo do tempo.



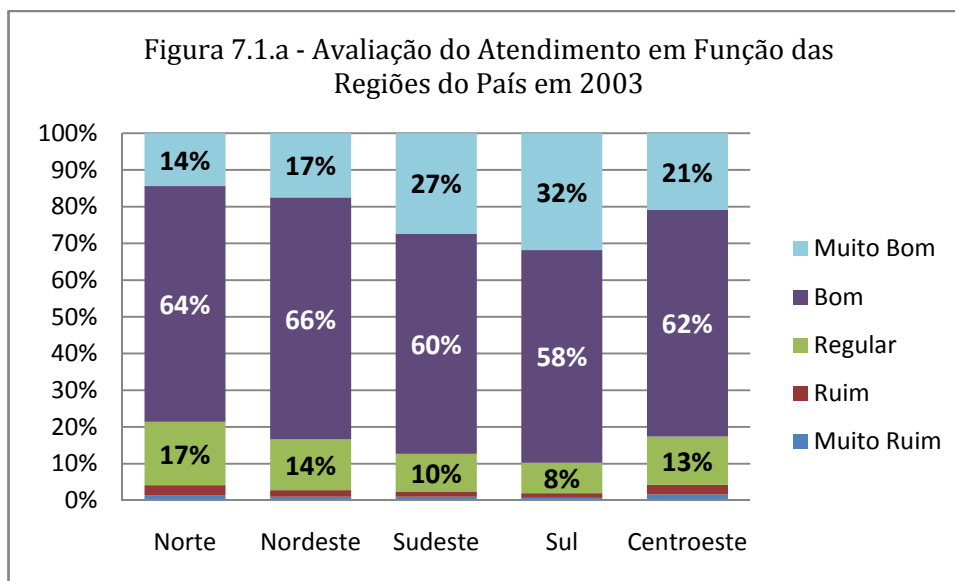
Tanto a rede de atendimento privada quanto a pública possuem um baixo índice de atendimentos recusados ou desistidos. O percentual da rede pública, assim como esperado, é muito superior que a privada, indiciando assim a inferioridade do serviço público.



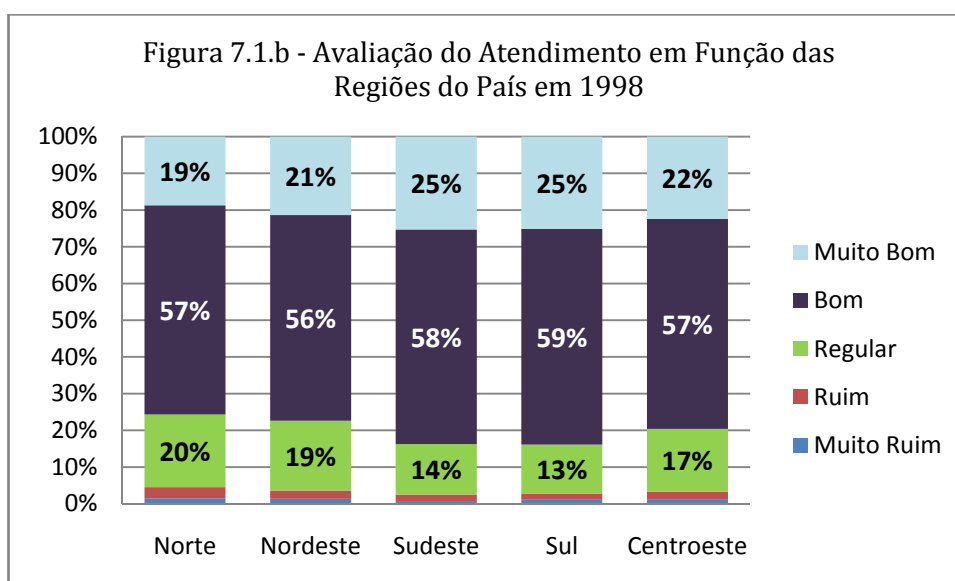
De 1998 a 2003 a rede pública diminuiu o percentual de pessoas que não conseguiram obter atendimento de serviço de saúde na primeira vez que procuraram. Tal diminuição significa que o serviço de saúde pública melhorou e que apesar do sistema de saúde privado também ter melhorado, a diferença entre eles diminuiu.

## 7 Avaliação do atendimento de saúde

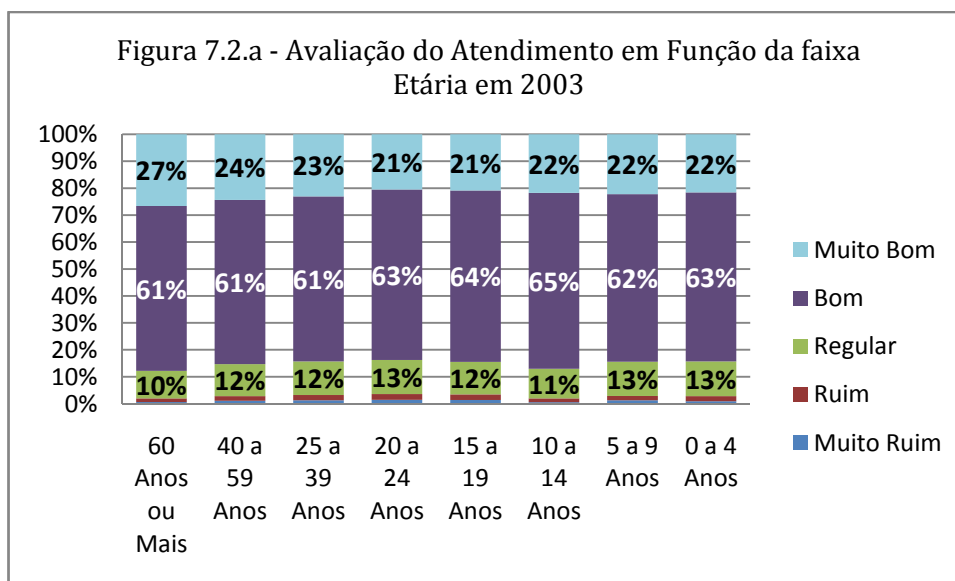
Ao olhar para a avaliação dos serviços de saúde destaca-se a excelente avaliação obtida independentemente da região do país, cor, educação, renda, etc. Tal resultado pode ter sido obtido devido à forma com que a pergunta é formulada, aparentemente generalista, a pergunta não permite uma reflexão mais profunda a respeito do serviço de fato recebido. Perguntas como: “Quanto tempo demorou pra ser atendido?”, “Quanto tempo demorou a consulta?” e “Quais eram as condições do espaço físico do posto de atendimento?” poderiam servir como proxys da avaliação do atendimento de saúde permitindo uma maior reflexão.



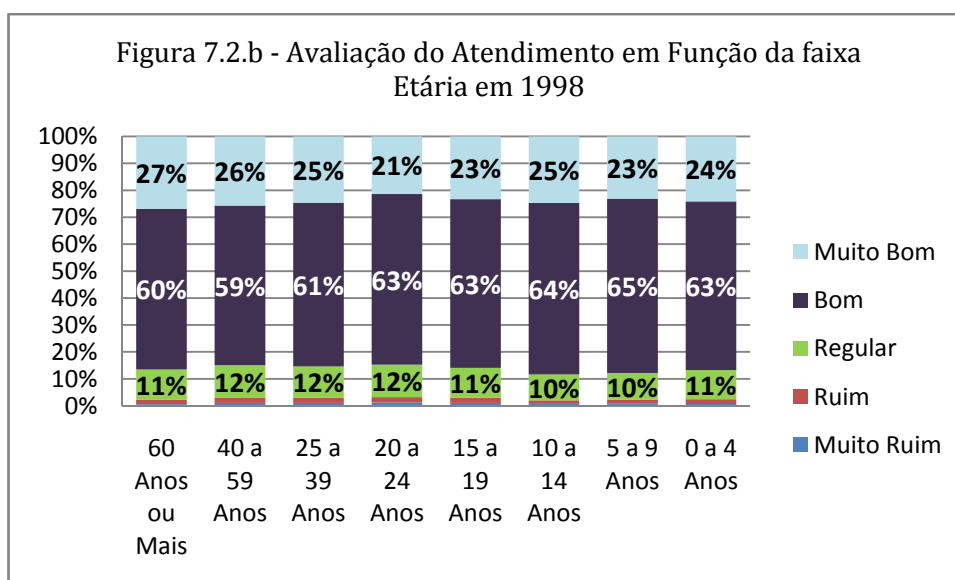
As melhores avaliações são as das regiões sudeste e sul que seguramente correspondem às regiões onde o serviço de saúde público recebe maiores investimentos\*\*\* e onde existe uma maior quantidade de serviços privados.



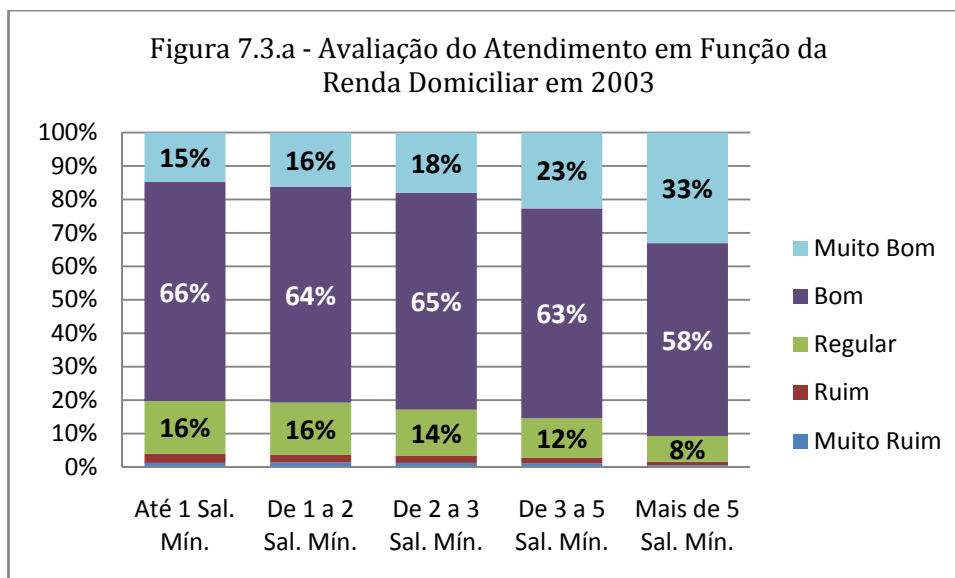
Em 1998 a avaliação foi muito parecida com aquela de 2003, mas ainda assim foi um pouco pior para os estados do sul e sudeste, sinal que o sistema de saúde obteve um pequeno progresso nos últimos anos nessas regiões.



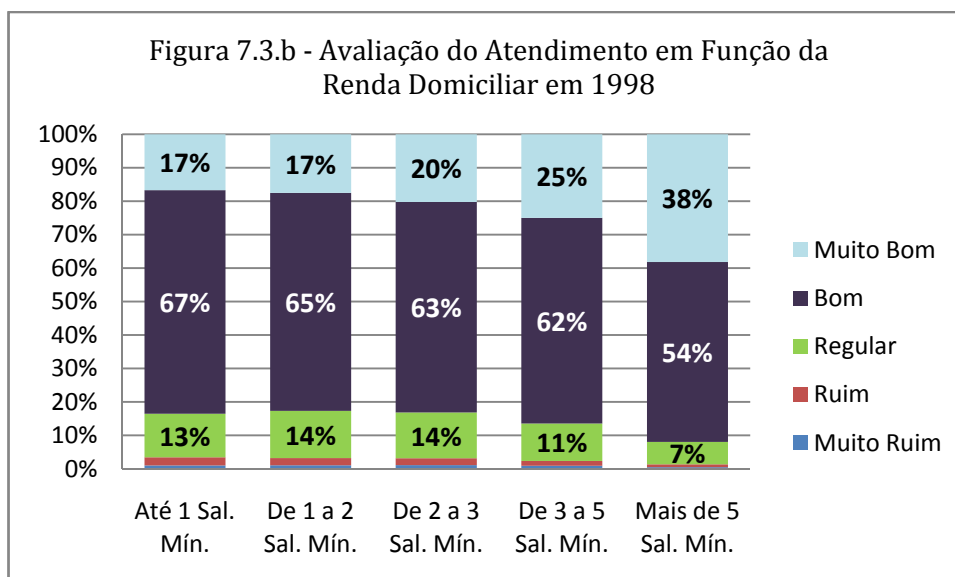
Nota-se uma leve tendência de melhora da avaliação do atendimento de acordo com o aumento da idade do indivíduo sendo os mais novos aqueles que pior avaliam o atendimento.



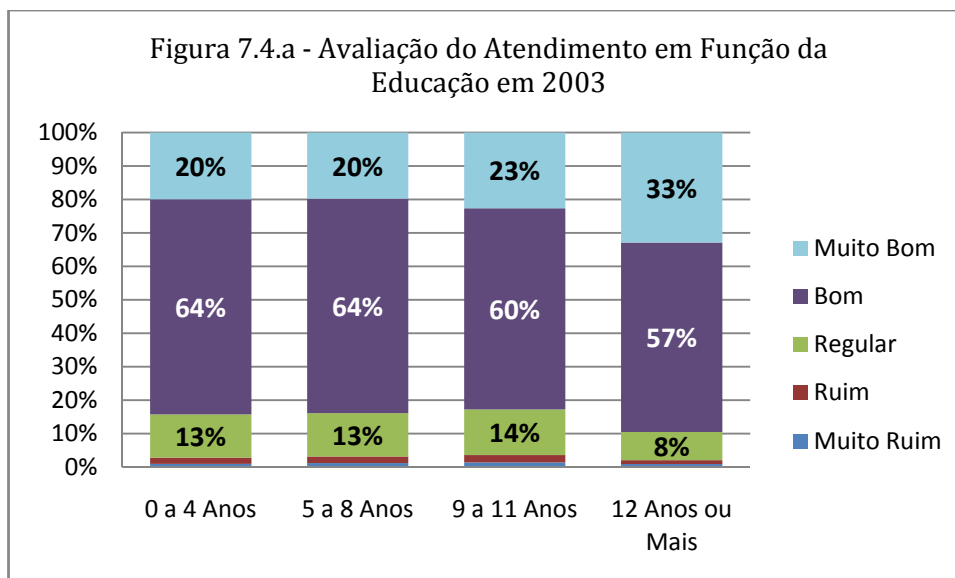
Também em 1998 foi vista a tendência de melhor avaliação conforme aumenta a idade dos indivíduos mesmo que os indivíduos de 20 a 39 anos tenham avaliado o atendimento de saúde um pouco pior do que os mais jovens.



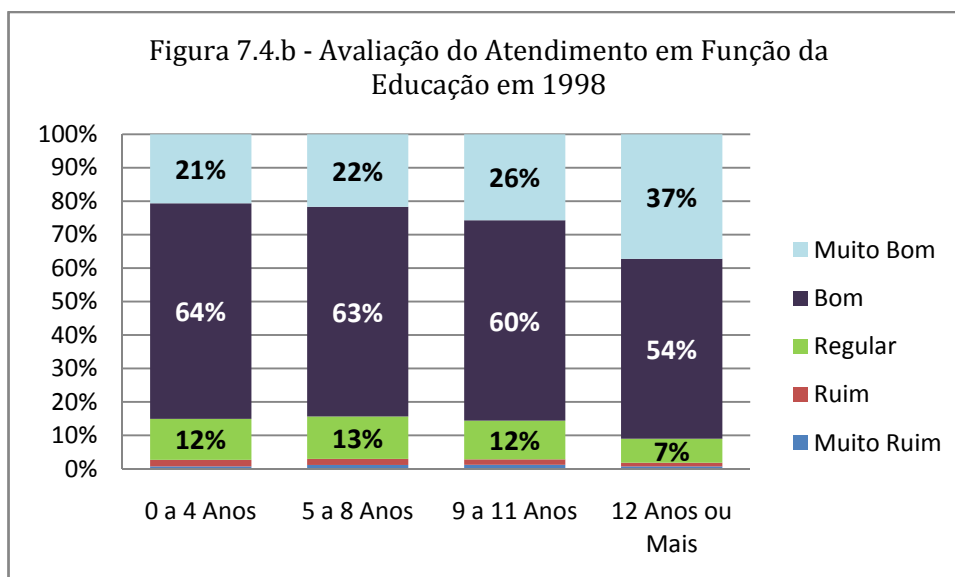
Existe uma tendência mais acentuada de uma melhor avaliação quanto maior for a renda domiciliar da pessoa. Essa tendência mostra-se forte possivelmente devido à maior utilização de serviços privados para aqueles de renda superior.



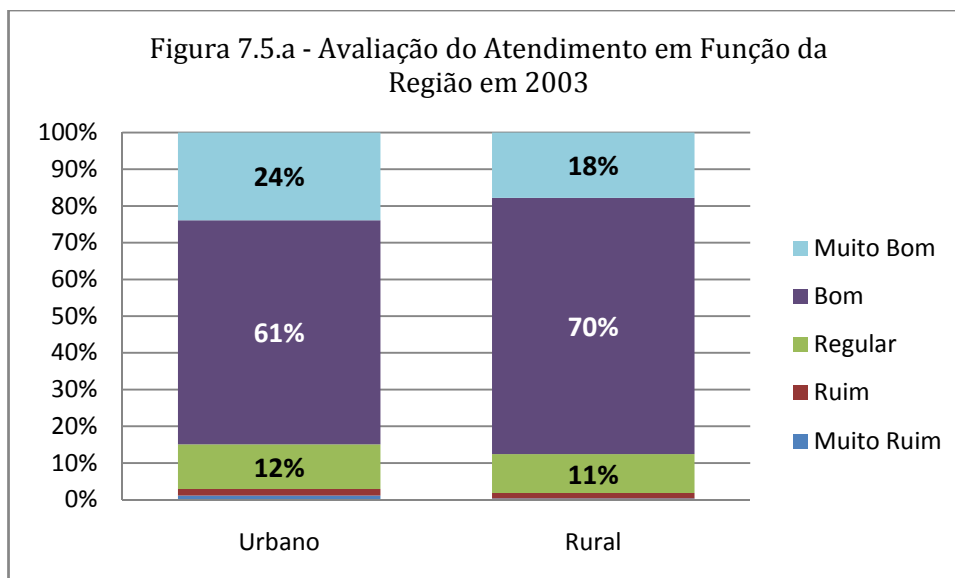
As pessoas de renda de 5 salários mínimos ou mais, em 1998, avaliavam o atendimento de saúde muito mais positivamente do que em 2003. A mesma tendência se encontra nas outras classes de renda, porém com menor intensidade.



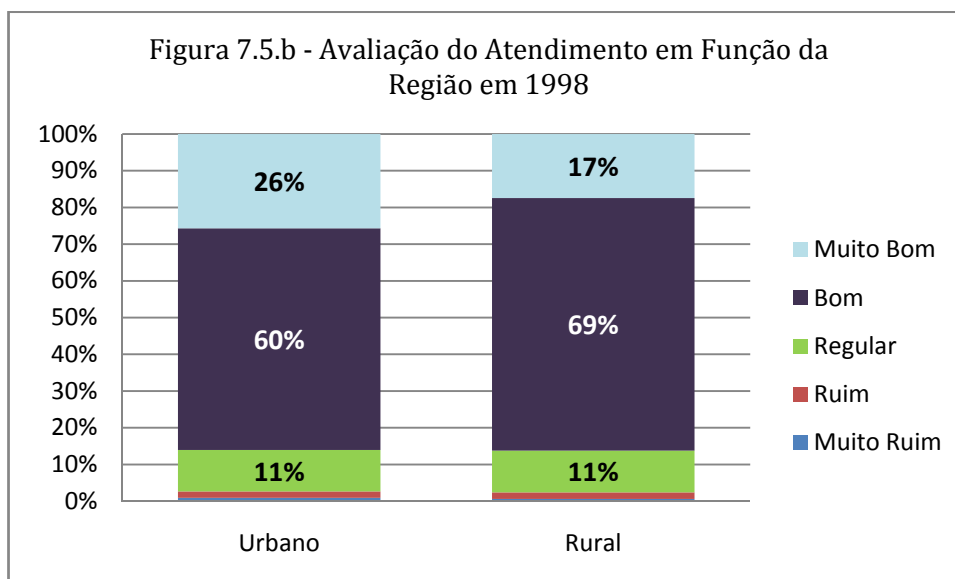
Seguindo a variável renda, quanto mais anos de estudo a pessoa possui, melhor é sua avaliação do atendimento de saúde. Talvez os indivíduos que estudam mais possuem também mais acesso a serviços de saúde privados por provavelmente possuírem maior renda.



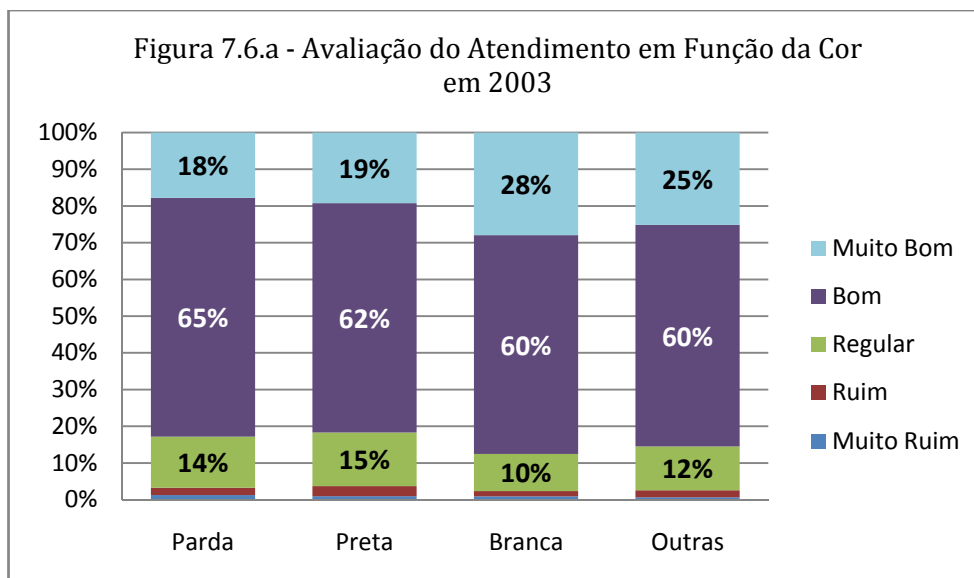
Na PNAD de 1998 se manteve o mesmo comportamento de 2003, porém as avaliações de 1998 ainda eram mais positivas.



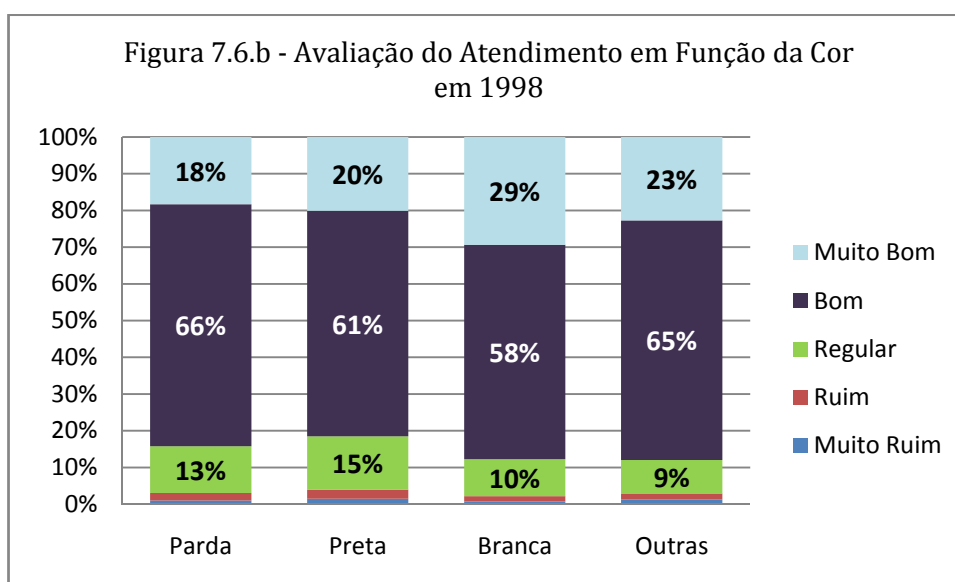
Em 2003 a avaliação do atendimento dos serviços de saúde correspondente à região urbana é relativamente superior à avaliação da zona rural.



Na avaliação do atendimento de saúde de 1998 a região urbana teve uma avaliação mais positiva que em 2003. Já a região rural, ao contrário, teve uma avaliação mais positiva em 1998, ou seja, para eles o atendimento melhorou.

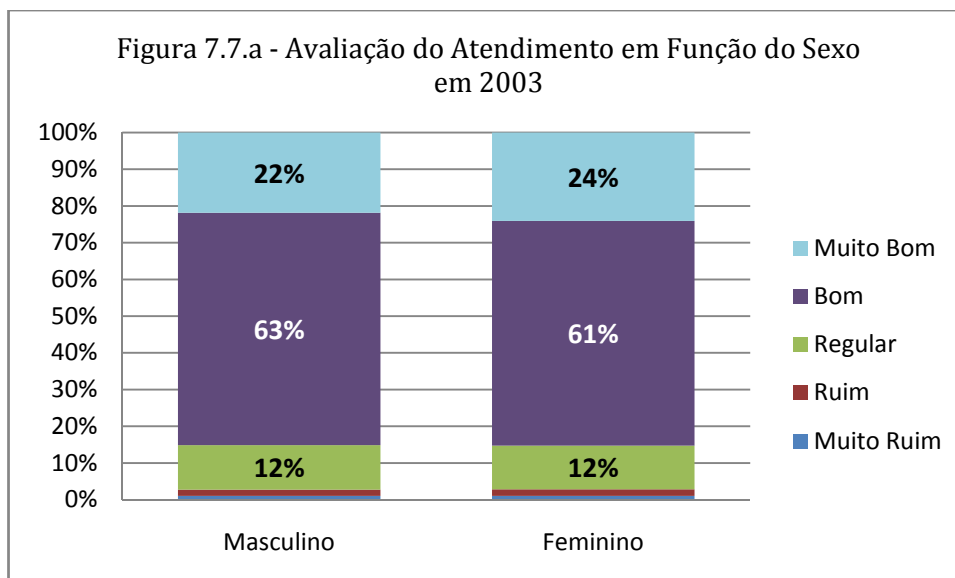


A melhor avaliação veio por parte da população de cor branca. Como era de se esperar, encontra-se mais uma vez resultados superiores para a cor branca em relação à parda e à negra.

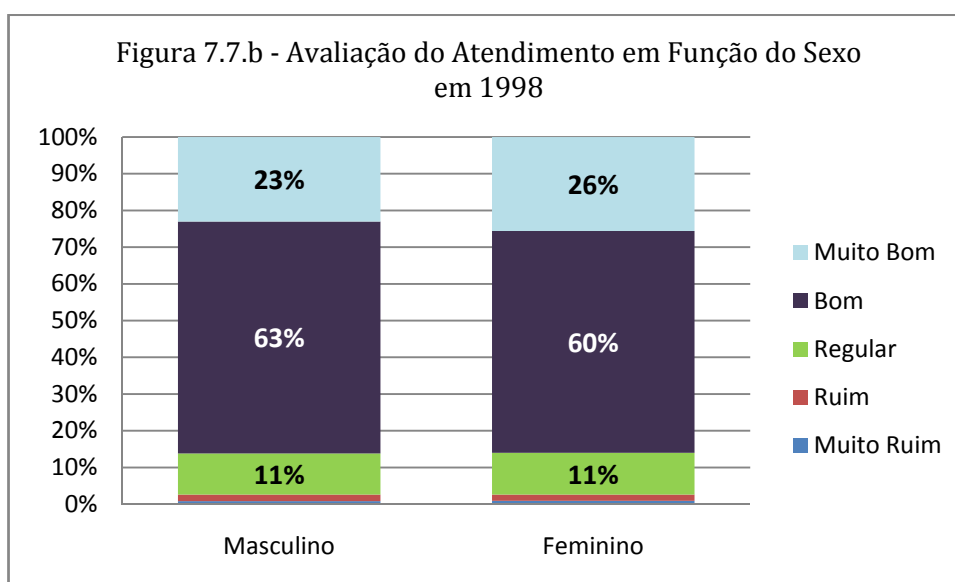


Muito diferente da avaliação obtida em 2003, a de 1998 apresenta a população parda como a menos satisfeita e a branca, que antes tinha a segunda pior avaliação, com a melhor avaliação.

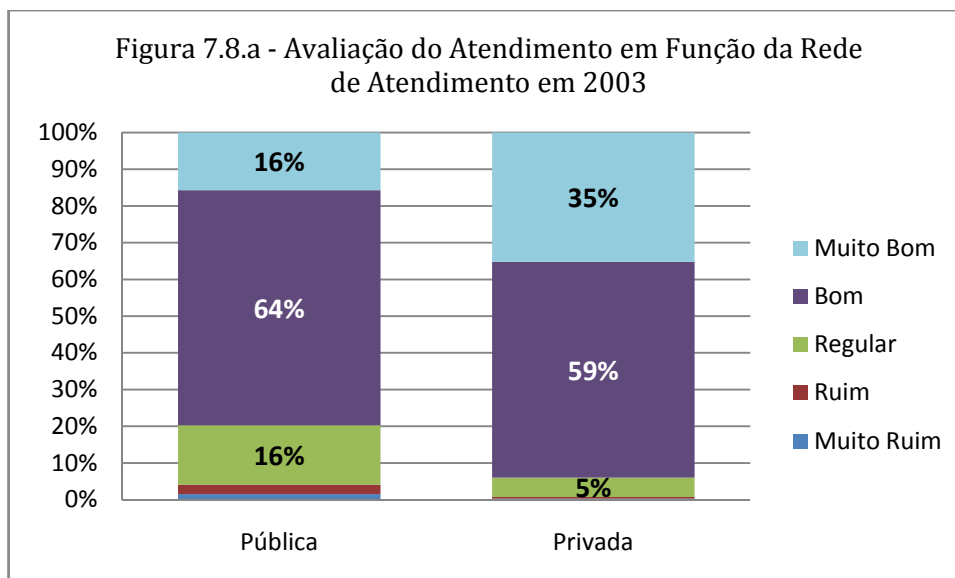




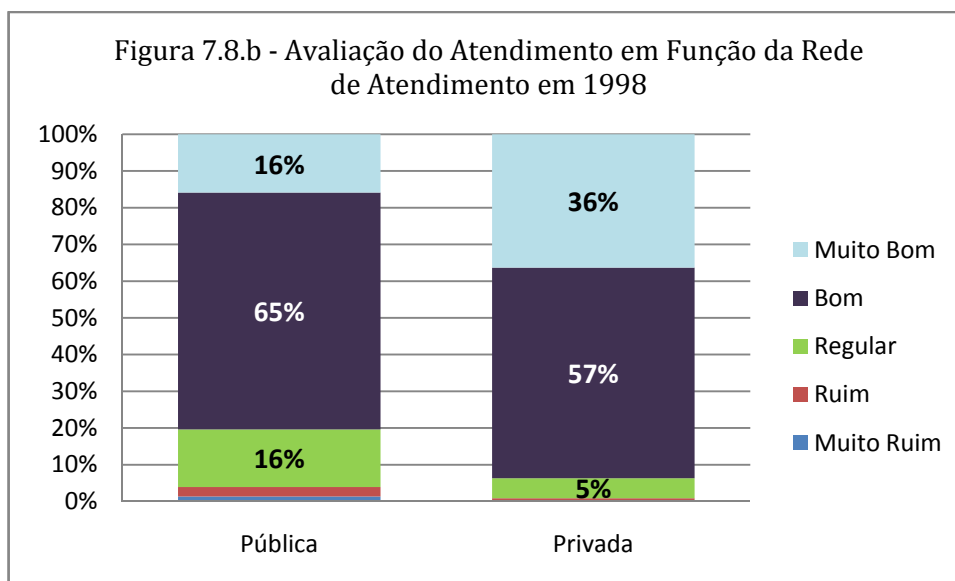
Mesmo recorrendo mais vezes aos serviços de saúde, a avaliação feminina do atendimento do serviço de saúde é tão positiva quanto à masculina.



Tanto as mulheres quanto os homens, em 1998, tinham uma opinião mais positiva a respeito do atendimento. Em 2003 não se pôde notar uma diferença clara de quem mais piorou sua opinião.



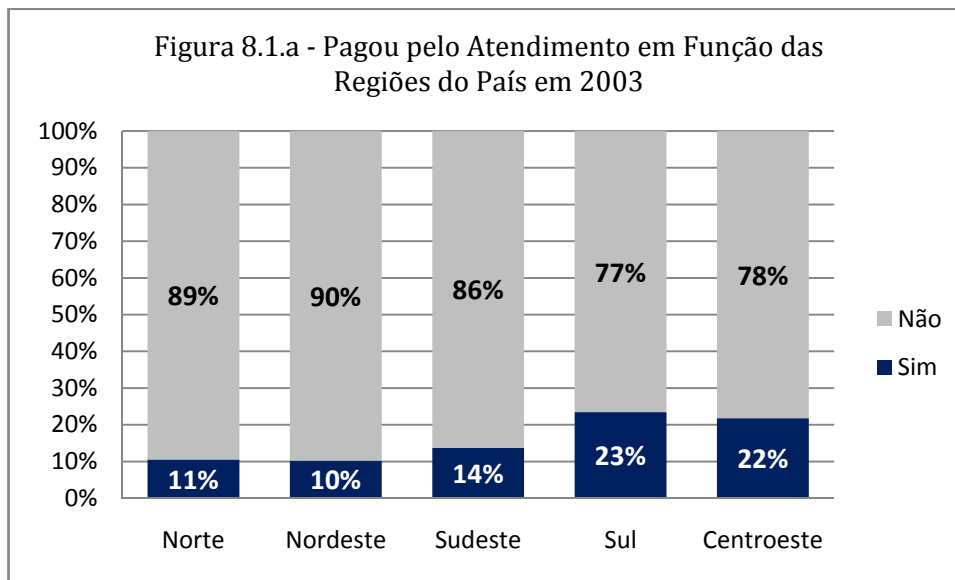
Fica muito perceber qual tipo de serviço possui um índice maior de aprovação, as avaliações “ruim” e “muito ruim” nem sequer aparecem para o serviço privado. O percentual de “muito bom” para o serviço privado é de 35% enquanto que para o serviço público é menos da metade, 16%. Porém nota-se a boa avaliação que os serviços de saúde públicos possuem, a população parece estar satisfeita com esse serviço.



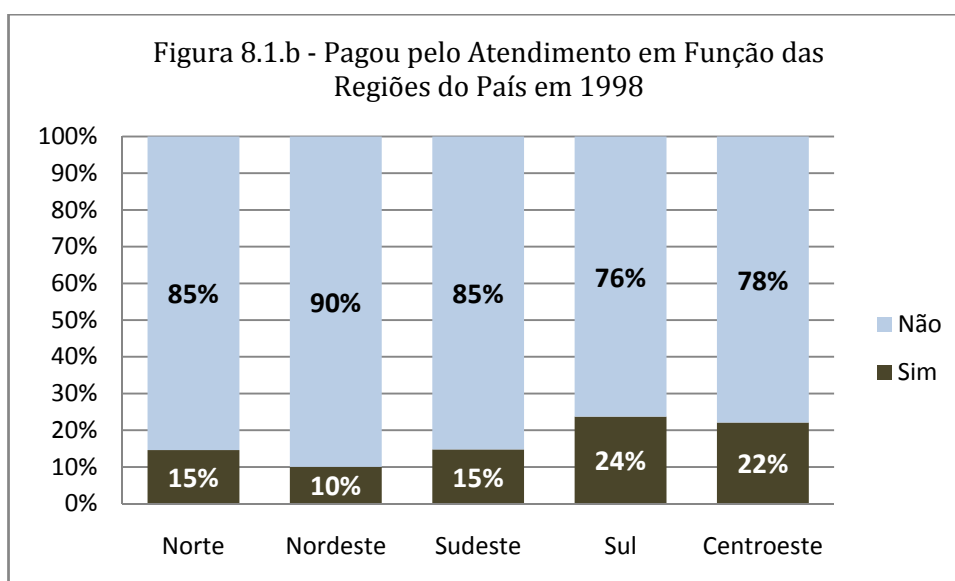
De 1998 a 2003 notou-se uma pequena piora na avaliação do da rede pública, o mesmo se pode notar para a rede privada.

## 8 Pagou pelo atendimento

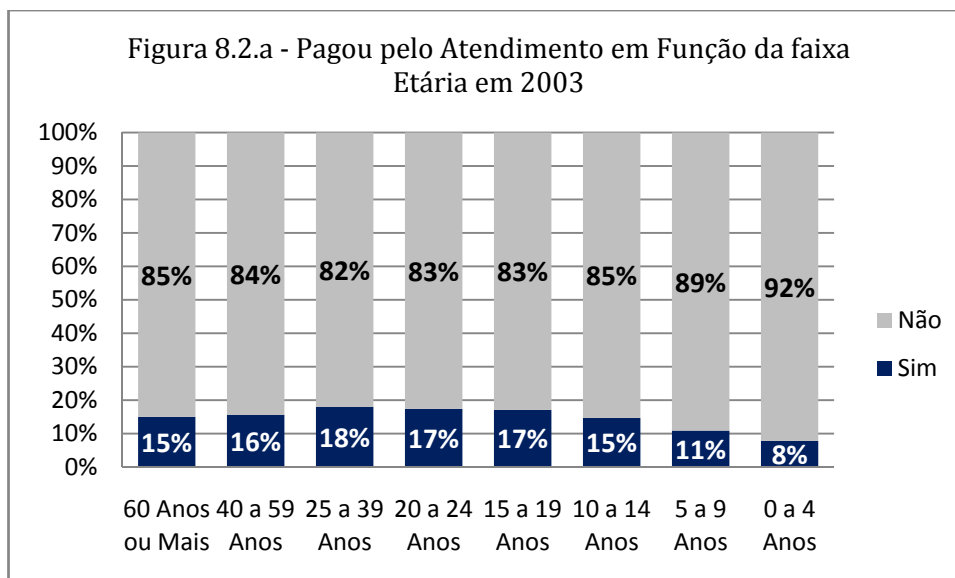
A variável “Pagou pelo Atendimento” verifica quem são as pessoas capazes de pagar por um serviço de saúde, onde elas moram, quanto tempo estudaram, suas respectivas rendas, onde moram, etc. Também é interessante analisar qual é a auto-avaliação do estado de saúde dos indivíduos que pagam por serviços de saúde e por aqueles que não pagam.



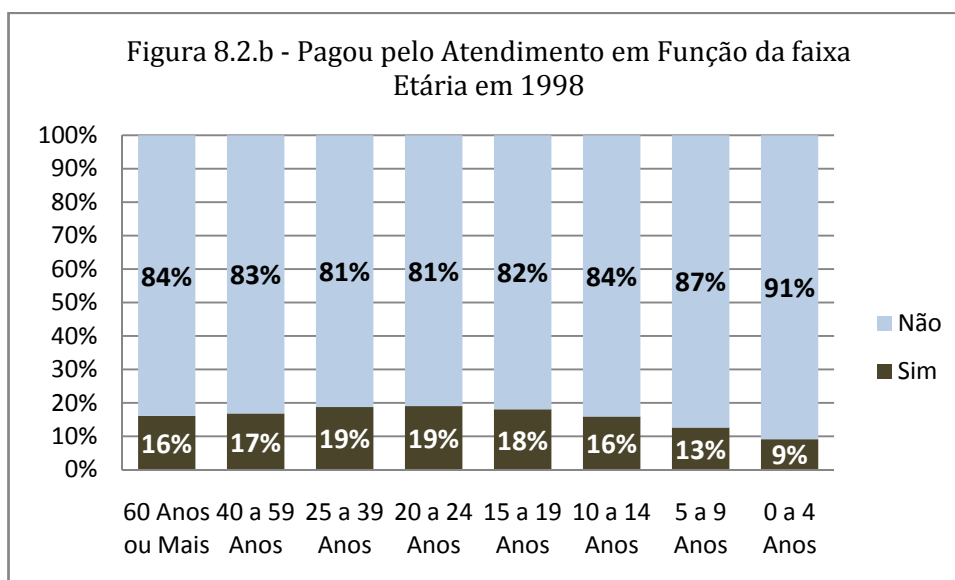
Ao contrário do que se espera quando se relaciona o pagamento pelo serviço de saúde com as regiões do país o sudeste não é a região onde mais se paga e sim o sul seguido pelo centroeste. Tal resultado pode advir do fato que o sudeste possui a maior infra-estrutura de serviços de saúde do país.



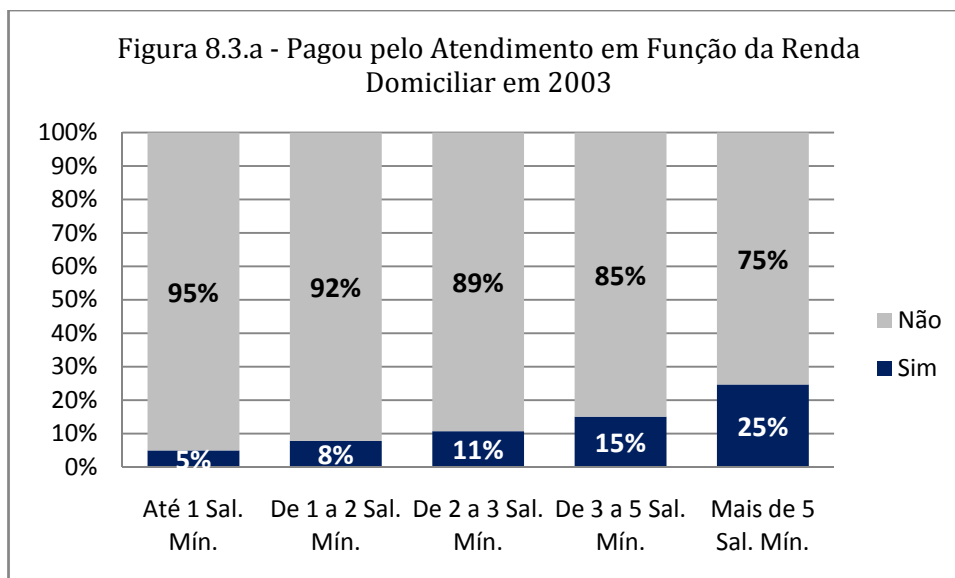
Durante os anos de 1998 e 2003, na região norte, sudeste e sul, as pessoas passaram a utilizar uma maior quantidade de serviços gratuitos.



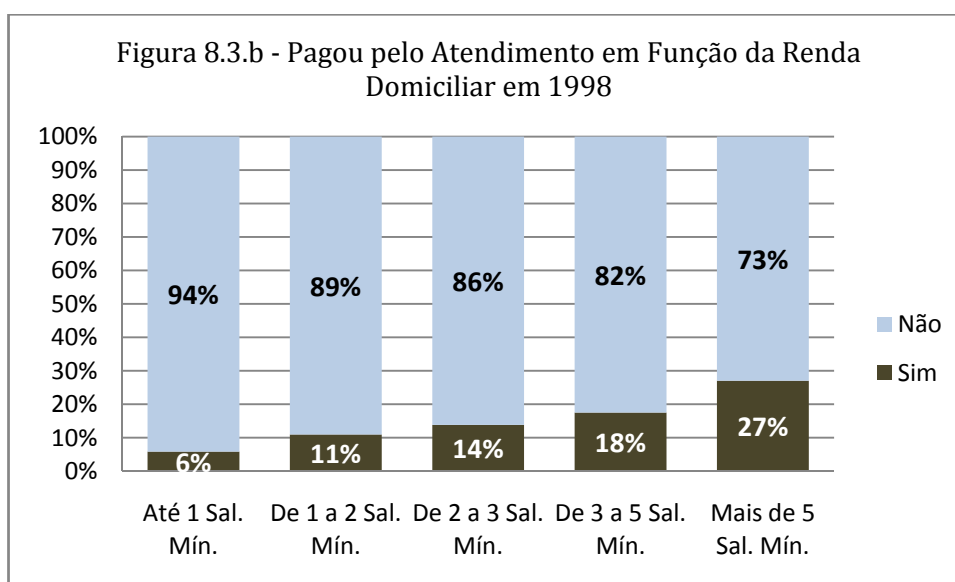
Existe uma tendência de crescimento da freqüência de utilização de serviços de saúde pagos quanto maior a idade do indivíduo, porém após uma certa idade, do grupo de 25 a 39 anos essa tendência se inverte e passa a ser negativa.



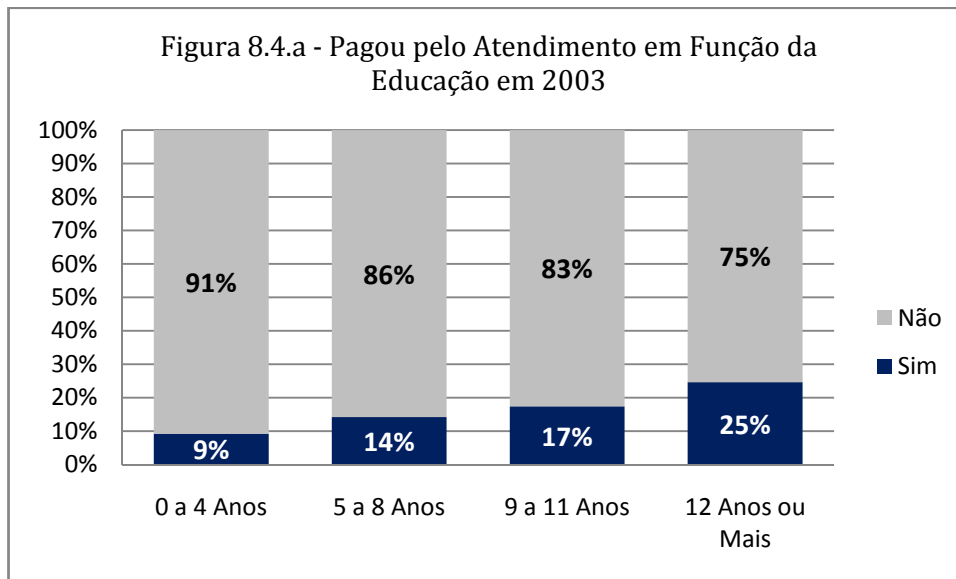
A mesma tendência confirmada em 2003 se verifica em 1998, porém em 1998 a população utilizava uma maior quantidade de serviços pagos.



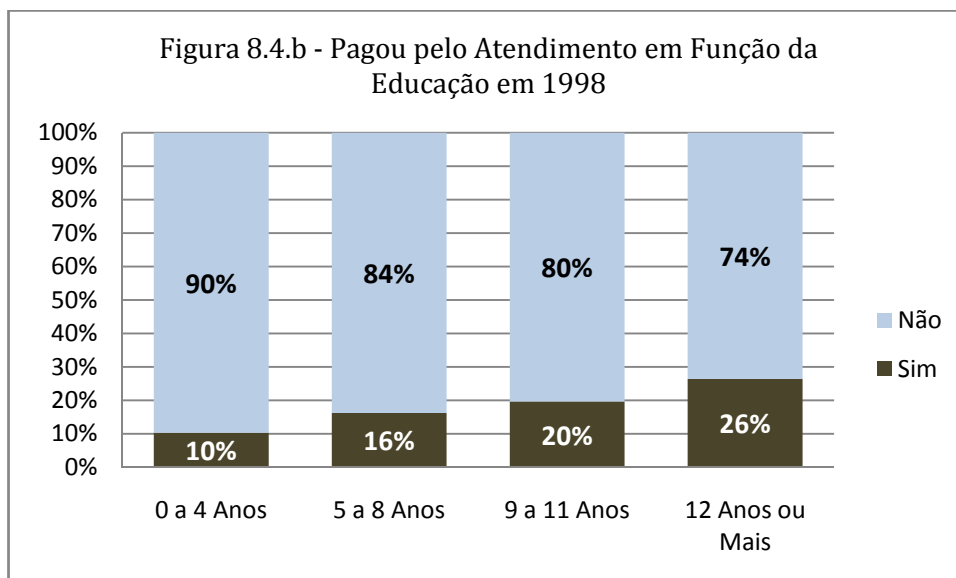
Como era de se esperar, uma porcentagem baixíssima daqueles de renda domiciliar menor que um salário mínimo pagaram por algum atendimento se saúde, provavelmente emergencial. A relação positiva entre a utilização de serviços de saúde pagos e renda domiciliar termina em 25% de utilização de serviços pagos por aqueles de renda igual ou superior a 5 salários mínimos.



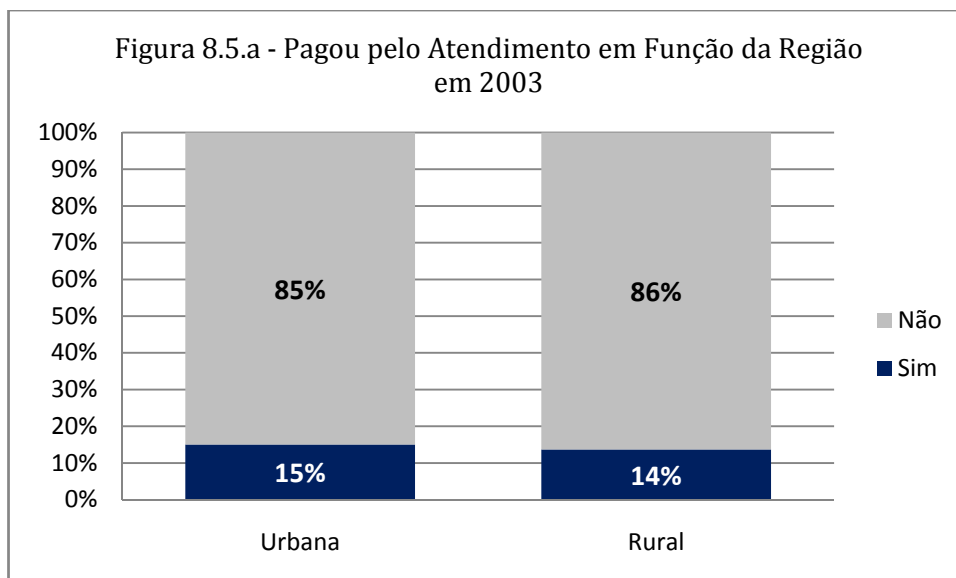
Existia a mesma tendência em 1998, porém com um maior percentual de utilização de serviços pagos.



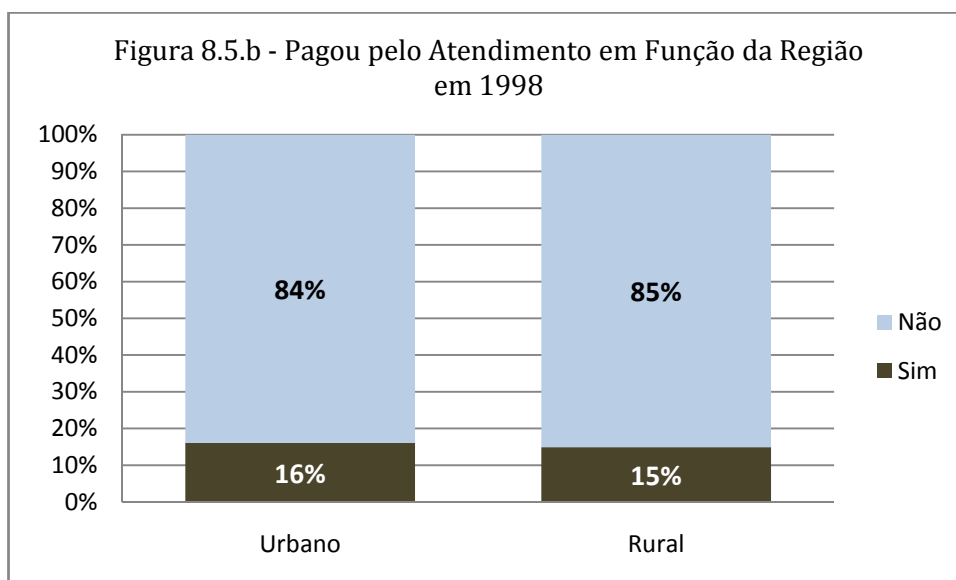
A relação entre serviços de saúde pagos e anos de estudo segue a tendência verificada na renda domiciliar, porém com menor intensidade.



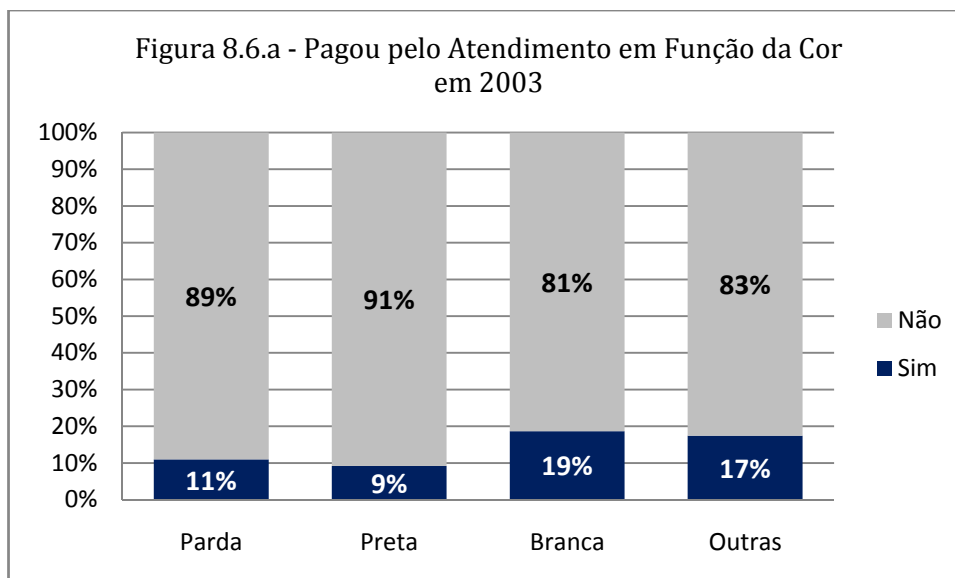
Houve uma grande diminuição no uso de serviços de saúde, principalmente por parte daqueles que estudaram entre 5 a 11 anos.



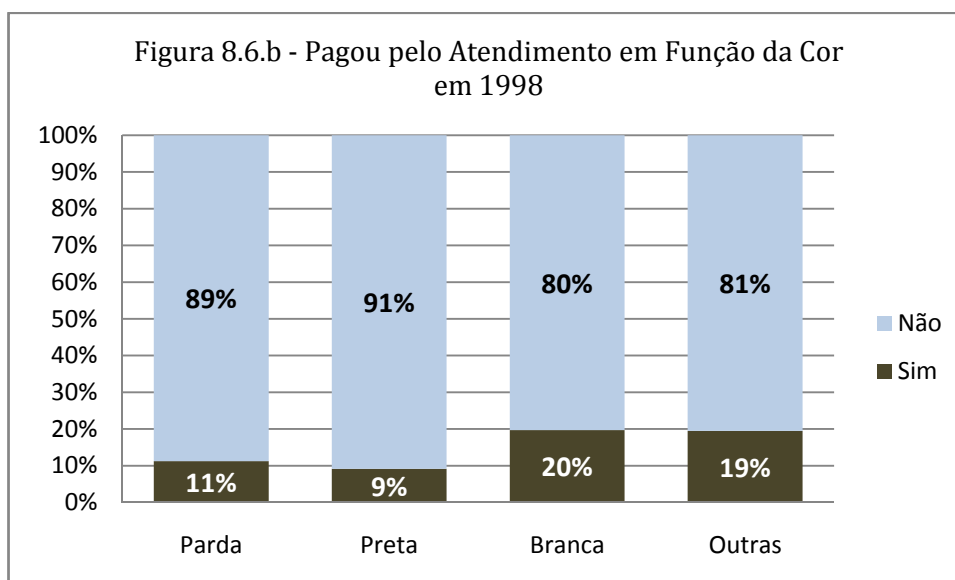
Apesar de a população urbana pagar mais por serviços de saúde a diferença entre a região urbana e rural é muito pequena.



Em 1998 a diferença percentual entre a população urbana e rural no uso de serviços de saúde pagos também era de 1%.

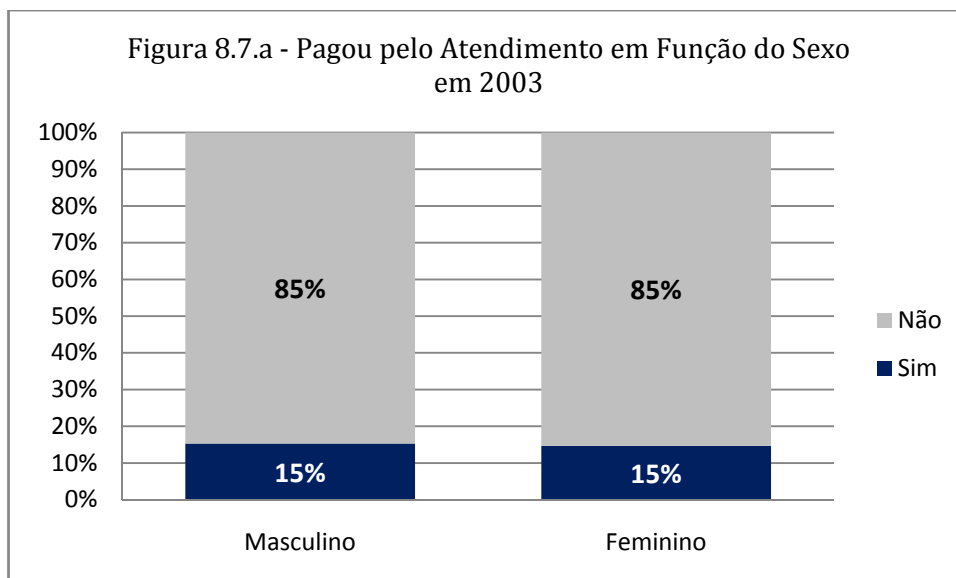


Como previsto, a população branca é a que mais tem possibilidade de pagar por serviços de saúde. Também era previsto que a população negra fosse aquela que menos pagasse por atendimento de saúde e essa previsão se confirmou.

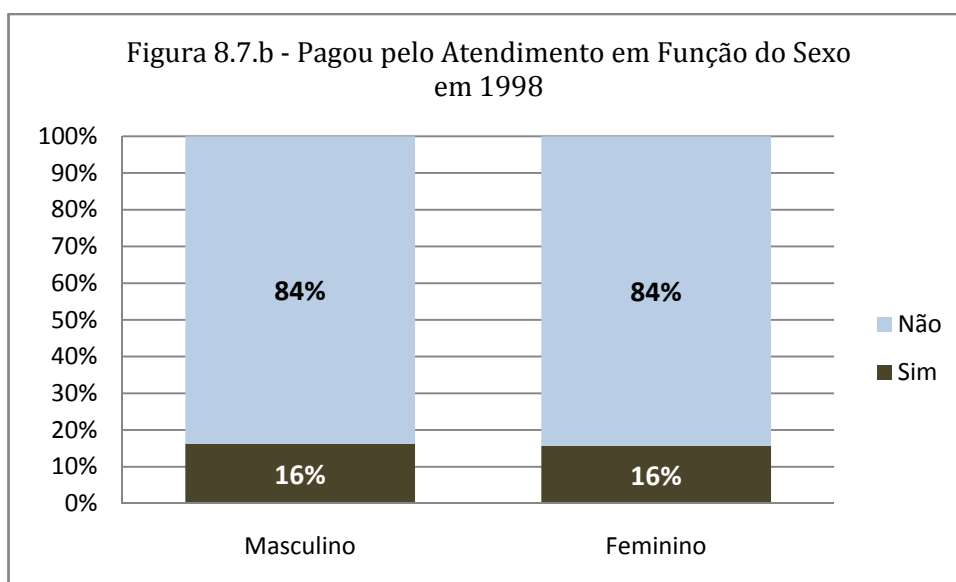


Na PNAD de 1998 a população caracterizada como “Outras” que é composta pelos indígenas, amarelos e outros tinha um percentual muito próximo da população branca.





Não existe diferença entre homens e mulheres no uso de serviço de saúde pago.



O mesmo resultado obtido em 2003 foi obtido em 1998, ou seja, já não havia diferença entre homens e mulheres.

## Regressões Lineares Simples

Avaliação do atendimento	2003	1998
Mulher	<b>0,092</b>	<b>0,115</b>
Região Urbana	<b>-0,125</b>	-0,022
60 ou mais	<b>0,072</b>	<b>-0,163</b>
40 a 59 anos de idade	<b>-0,187</b>	<b>-0,380</b>
25 a 39 anos de idade	<b>-0,267</b>	<b>-0,377</b>
20 a 24 anos de idade	<b>-0,375</b>	<b>-0,497</b>
15 a 19 anos de idade	<b>-0,185</b>	<b>-0,299</b>
10 a 14 anos de idade	0,058	-0,007
5 a 9 anos de idade	-0,009	-0,027
1 até 2 salários Min.	0,035	-0,037
2 até 3 sal. Min.	<b>0,122</b>	0,025
3 até 5 sal. Min.	<b>0,309</b>	<b>0,225</b>
5 ou mais sal Min.	<b>0,701</b>	<b>0,734</b>
4 a 8 anos de estudo	-0,043	0,037
8 a 11 anos de estudo	0,032	<b>0,191</b>
12 ou mais anos	<b>0,439</b>	<b>0,540</b>
Outras raças	0,076	-0,030
Branco	<b>0,216</b>	<b>0,104</b>
Pardo	<b>0,098</b>	<b>0,273</b>
Nordeste	<b>0,316</b>	<b>0,312</b>
Sul	<b>0,592</b>	<b>0,417</b>
Sudeste	<b>0,770</b>	<b>0,583</b>
Centro-oeste	<b>0,243</b>	<b>0,225</b>

A população do sudeste tem até 77% de melhor avaliação do estado do atendimento do que os estados da região Norte. Este é um indicador de que a rede do serviço público de saúde, nas regiões mais populosas, é mais densa em relação a outros estados. Quem tem renda mais alta avalia muito melhor o atendimento justamente porque usa a rede privada de saúde em que o atendimento, infra-estrutura, qualidade dos equipamentos é muito melhor que na rede pública. Em relação ao ano de 1998, o ano de 2003 apresenta piora considerável na avaliação do atendimento para os mais idosos e ligeira piora para aqueles que tem renda superior a 5 salários mínimos e estudam mais. Para os brancos o atendimento melhorou, mas para os pardos houve queda significativa na avaliação do atendimento.

Auto-avaliação do estado de saúde.	2003	1998
Mulher	<b>-0,205</b>	<b>-0,229</b>
Região Urbana	<b>-0,107</b>	<b>-0,190</b>
60 ou mais	<b>-2,710</b>	<b>-2,639</b>
40 a 59 anos de idade	<b>-1,910</b>	<b>-1,724</b>
25 a 39 anos de idade	<b>-1,161</b>	<b>-1,084</b>
20 a 24 anos de idade	<b>-0,938</b>	<b>-0,820</b>
15 a 19 anos de idade	<b>-0,578</b>	<b>-0,457</b>
10 a 14 anos de idade	<b>-0,157</b>	<b>-0,118</b>
5 a 9 anos de idade	-0,006	-0,001
1 até 2 salários Min.	<b>0,120</b>	<b>0,049</b>
2 até 3 sal. Min.	<b>0,197</b>	<b>0,178</b>
3 até 5 sal. Min.	<b>0,284</b>	<b>0,303</b>
5 ou mais sal Min.	<b>0,652</b>	<b>0,644</b>
4 a 8 anos de estudo	<b>0,300</b>	<b>0,272</b>
8 a11 anos de estudo	<b>0,550</b>	<b>0,473</b>
12 ou mais anos	<b>0,927</b>	<b>0,827</b>
Outras raças	-0,054	0,006
Branco	<b>0,105</b>	<b>-0,088</b>
Pardo	-0,016	<b>0,061</b>
Nordeste	<b>0,392</b>	<b>0,494</b>
Sul	<b>0,731</b>	<b>0,675</b>
Sudeste	<b>0,525</b>	<b>0,387</b>
Centro-oeste	<b>0,364</b>	<b>0,318</b>

As mulheres têm 20% pior auto-avaliação do estado de saúde do que os homens. A variável idade, dividida em várias faixas apresentam tendência de piora na avaliação. Quanto mais velha a pessoa pior é a auto-avaliação do estado de saúde. Quanto maior o nível de renda das pessoas melhor é a auto-avaliação, além disso, as regiões sul e sudeste apresentam melhores resultados na auto-avaliação do estado de saúde. Do ano de 1998 para o ano de 2003 houve melhora considerável na avaliação pessoal do estado de saúde dos moradores da região sul e sudeste. Os indivíduos com menos renda também apresentaram melhoras na avaliação do estado de saúde. A população urbana demonstra também melhora na avaliação da saúde em relação à população rural.

Plano de saúde	2003	1998
Mulher	<b>0,136</b>	<b>0,150</b>
Região Urbana	<b>1,021</b>	<b>0,919</b>
60 ou mais	<b>-0,293</b>	<b>-0,508</b>
40 a 59 anos de idade	<b>-0,866</b>	<b>-0,869</b>
25 a 39 anos de idade	<b>-1,163</b>	<b>-1,045</b>
20 a 24 anos de idade	<b>-1,602</b>	<b>-1,521</b>
15 a 19 anos de idade	<b>-1,194</b>	<b>-1,126</b>
10 a 14 anos de idade	<b>-0,486</b>	<b>-0,444</b>
5 a 9 anos de idade	<b>-0,079</b>	<b>-0,012</b>
1 até 2 salários Min.	<b>0,744</b>	<b>0,950</b>
2 até 3 sal. Min.	<b>1,386</b>	<b>1,611</b>
3 até 5 sal. Min.	<b>1,923</b>	<b>2,094</b>
5 ou mais sal Min.	<b>2,928</b>	<b>2,867</b>
4 a 8 anos de estudo	<b>0,447</b>	<b>0,531</b>
8 a 11 anos de estudo	<b>0,935</b>	<b>1,066</b>
12 ou mais anos	<b>1,689</b>	<b>1,703</b>
Outras raças	<b>0,452</b>	<b>0,252</b>
Branco	<b>0,326</b>	<b>-0,054</b>
Pardo	<b>-0,051</b>	<b>0,261</b>
Nordeste	<b>0,284</b>	<b>0,253</b>
Sul	<b>0,556</b>	<b>0,467</b>
Sudeste	<b>0,395</b>	<b>0,225</b>
Centro-oeste	<b>0,417</b>	<b>0,177</b>
Constante	<b>-4,577</b>	<b>-4,124</b>

A variável plano de saúde está intimamente correlacionada com variáveis explicativas que dizem respeito à renda. Responderam “sim”, aquelas pessoas que possuíam renda familiar de pelo menos 5 salários mínimos, o que confirma a inferioridade dos serviços de saúde brasileiros, ou seja, quanto mais renda a pessoa tem, maior a probabilidade de querer adquirir serviços de saúde complementar, ou seja, planos de saúde. Além disso, os brancos têm 32% a mais de chance de possuir plano de saúde do que os negros, quem mora na região sul do país tem até 55,6% probabilidade de possuir plano de saúde.

Rede de atendimento.	2003	1998
Mulher	<b>0,109</b>	<b>0,096</b>
Região Urbana	<b>-0,291</b>	-0,046
60 ou mais	-0,007	-0,002
40 a 59 anos de idade	<b>0,345</b>	<b>0,270</b>
25 a 39 anos de idade	<b>0,271</b>	<b>0,165</b>
20 a 24 anos de idade	<b>0,569</b>	<b>0,375</b>
15 a 19 anos de idade	<b>0,452</b>	<b>0,307</b>
10 a 14 anos de idade	0,019	0,008
5 a 9 anos de idade	<b>-0,168</b>	<b>-0,115</b>
1 até 2 salários Min.	<b>-0,460</b>	<b>-0,500</b>
2 até 3 sal. Min.	<b>-0,906</b>	<b>-0,919</b>
3 até 5 sal. Min.	<b>-1,336</b>	<b>-1,378</b>
5 ou mais sal Min.	<b>-2,424</b>	<b>-2,292</b>
4 a 8 anos de estudo	<b>-0,399</b>	<b>-0,384</b>
8 a 11 anos de estudo	<b>-0,768</b>	<b>-0,727</b>
12 ou mais anos	<b>-1,529</b>	<b>-1,379</b>
Outras raças	<b>-0,608</b>	<b>-0,420</b>
Branco	<b>-0,569</b>	<b>-0,150</b>
Pardo	<b>-0,099</b>	<b>-0,542</b>
Nordeste	<b>-0,329</b>	-0,061
Sul	<b>-0,389</b>	<b>-0,256</b>
Sudeste	<b>-0,315</b>	<b>-0,179</b>
Centro-oeste	<b>-0,353</b>	<b>-0,189</b>
Constante	<b>3,090</b>	<b>2,252</b>

Quanto à rede de atendimento, pode-se usar a rede pública ou privada. As pessoas com mais renda, aquelas que ganham mais de 5 salários mínimos tinham, em 2003, 242% de chance a menos de usar os serviços públicos. Já os moradores do sudeste e sul, regiões com maior índice de desenvolvimento humano, chegam a ter 38% a menos de probabilidade de não usar os serviços públicos. Os brancos, que são geralmente os que têm maior quantidade de anos de estudo e também têm a maior renda domiciliar (DACHS, 2002), tem 56% a menos de chance de usar o serviço público.

Primeiro atendimento	2003	1998
Mulher	<b>-0,182</b>	<b>-0,215</b>
Região Urbana	<b>-0,416</b>	<b>-0,277</b>
60 ou mais	-0,084	-0,163
40 a 59 anos de idade	<b>-0,478</b>	<b>-0,551</b>
25 a 39 anos de idade	<b>-0,497</b>	<b>-0,640</b>
20 a 24 anos de idade	<b>-0,453</b>	<b>-0,672</b>
15 a 19 anos de idade	<b>-0,503</b>	<b>-0,548</b>
10 a 14 anos de idade	<b>-0,256</b>	-0,091
5 a 9 anos de idade	<b>-0,226</b>	-0,066
1 até 2 salários Min.	<b>0,187</b>	0,102
2 até 3 sal. Min.	<b>0,348</b>	<b>0,230</b>
3 até 5 sal. Min.	<b>0,568</b>	<b>0,408</b>
5 ou mais sal Min.	<b>1,189</b>	<b>1,103</b>
4 a 8 anos de estudo	-0,083	0,013
8 a 11 anos de estudo	<b>-0,134</b>	<b>0,319</b>
12 ou mais anos	<b>0,326</b>	<b>0,600</b>
Outras raças	-0,108	-0,258
Branco	<b>0,211</b>	0,055
Pardo	0,051	<b>0,322</b>
Nordeste	<b>0,196</b>	0,164
Sul	<b>0,447</b>	<b>0,235</b>
Sudeste	<b>0,375</b>	0,107
Centro-oeste	<b>0,175</b>	0,022
Constante	<b>3,121</b>	<b>3,170</b>

Pessoas que possuem renda superior a 5 salários mínimos possuíam 110% a mais de probabilidade de ser atendido na primeira vez que buscasse atendimento do que um cidadão que ganhava em 1998 menos de 1 salário mínimo, já em 2003 a probabilidade disso acontecer aumenta para 118%. A probabilidade dos adultos (19 a 59 anos) serem atendidos na primeira vez que buscassem serviços de saúde tanto no ano de 2003 quanto em 1998 era significativamente menor do que crianças de 0 a 4 anos.

Deixou de realizar atividade.	2003	1998
Mulher	<b>0,212</b>	<b>0,215</b>
Região Urbana	<b>0,239</b>	<b>0,265</b>
60 ou mais	<b>0,682</b>	<b>0,761</b>
40 a 59 anos de idade	<b>0,308</b>	<b>0,295</b>
25 a 39 anos de idade	<b>-0,061</b>	-0,005
20 a 24 anos de idade	<b>-0,303</b>	<b>-0,223</b>
15 a 19 anos de idade	<b>-0,450</b>	<b>-0,447</b>
10 a 14 anos de idade	<b>-0,483</b>	<b>-0,520</b>
5 a 9 anos de idade	<b>-0,172</b>	<b>-0,265</b>
1 até 2 salários Min.	<b>-0,122</b>	<b>-0,094</b>
2 até 3 sal. Min.	<b>-0,243</b>	<b>-0,239</b>
3 até 5 sal. Min.	<b>-0,313</b>	<b>-0,287</b>
5 ou mais sal Min.	<b>-0,427</b>	<b>-0,373</b>
4 a 8 anos de estudo	<b>-0,206</b>	<b>-0,199</b>
8 a 11 anos de estudo	<b>-0,308</b>	<b>-0,255</b>
12 ou mais anos	<b>-0,466</b>	<b>-0,415</b>
Outras raças	0,010	<b>0,192</b>
Branco	-0,018	<b>0,067</b>
Pardo	-0,034	<b>0,073</b>
Nordeste	<b>-0,336</b>	<b>-0,330</b>
Sul	<b>-0,418</b>	<b>-0,466</b>
Sudeste	<b>-0,178</b>	<b>-0,305</b>
Centro-oeste	<b>-0,214</b>	<b>-0,155</b>
Constante	<b>-2,198</b>	<b>-2,504</b>

Se o indivíduo faz parte da faixa etária economicamente ativa, isto é, de 18 a 59 anos a chance dele deixar de trabalhar por motivos de saúde é até 48% menor do que uma criança de 0 a 4 anos. Já a população senil tem probabilidade de até 68% a mais do que uma criança, de deixar de exercer suas atividades por motivos de doença de saúde. No ano de 1998, a probabilidade da população do sul deixar de praticar suas atividades de rotina é até 46% menor do que a população do norte. As mulheres tem até 21,5% de probabilidade a mais do que os homens deixar de trabalhar ou exercer suas atividades do que os homens, e a população rural é até 23% mais improvável que falte nas suas atividade habituais do que um cidadão urbano.

Padecimento de doença crônica.	2003	1998
Mulher	<b>0,400</b>	<b>0,382</b>
Região Urbana	<b>0,286</b>	<b>0,167</b>
60 ou mais	<b>3,501</b>	<b>3,455</b>
40 a 59 anos de idade	<b>2,527</b>	<b>2,596</b>
25 a 39 anos de idade	<b>1,481</b>	<b>1,810</b>
20 a 24 anos de idade	<b>0,867</b>	<b>1,174</b>
15 a 19 anos de idade	<b>0,409</b>	<b>0,677</b>
10 a 14 anos de idade	<b>0,065</b>	<b>0,061</b>
5 a 9 anos de idade	<b>0,080</b>	-0,011
1 até 2 salários Min.	<b>-0,060</b>	<b>-0,088</b>
2 até 3 sal. Min.	<b>-0,116</b>	<b>-0,168</b>
3 até 5 sal. Min.	<b>-0,138</b>	<b>-0,217</b>
5 ou mais sal Min.	<b>-0,158</b>	<b>-0,371</b>
4 a 8 anos de estudo	<b>-0,118</b>	<b>-0,180</b>
8 a 11 anos de estudo	<b>-0,201</b>	<b>-0,272</b>
12 ou mais anos	<b>-0,302</b>	<b>-0,431</b>
Outras raças	-0,094	<b>-0,116</b>
Branco	<b>-0,053</b>	-0,013
Pardo	<b>-0,082</b>	-0,016
Nordeste	<b>-0,162</b>	<b>-0,318</b>
Sul	<b>0,083</b>	<b>-0,271</b>
Sudeste	<b>0,323</b>	<b>-0,073</b>
Centro-oeste	<b>0,214</b>	<b>-0,101</b>
Constante	<b>-2,606</b>	<b>-2,204</b>

As mulheres padecem de doença crônica em média 40% a mais que os homens no ano de 2003, mas vê-se que houve um ligeiro aumento da probabilidade das mulheres possuírem doenças crônicas de 1998 em relação a 2003. Quem possui mais de sessenta anos, tem probabilidade 350% a mais de possuir doença crônica do que uma criança que tem até 4 anos. Quem tem 12 ou mais anos de estudo chega a ter 30% a menos de probabilidade de possuir doença crônica do que aqueles que estudaram até quatro anos. Os moradores da região sudeste tem até 32% de chance de possuírem doenças.



pagou pelo atendimento	2003	1998
mulher	<b>-0,099</b>	<b>-0,071</b>
Região Urbana	<b>-0,328</b>	<b>-0,457</b>
60 ou mais	<b>0,374</b>	<b>0,317</b>
40 a 59 anos de idade	<b>0,223</b>	<b>0,210</b>
25 a 39 anos de idade	<b>0,371</b>	<b>0,363</b>
20 a 24 anos de idade	<b>0,310</b>	<b>0,362</b>
15 a 19 anos de idade	<b>0,406</b>	<b>0,354</b>
10 a 14 anos de idade	<b>0,497</b>	<b>0,393</b>
5 a 9 anos de idade	<b>0,359</b>	0,310
1 até 2 salários Min.	<b>0,413</b>	<b>0,610</b>
2 até 3 sal. Min.	<b>0,694</b>	<b>0,819</b>
3 até 5 sal. Min.	<b>0,998</b>	<b>1,058</b>
5 ou mais sal Min.	<b>1,441</b>	<b>1,494</b>
4 a 8 anos de estudo	<b>0,269</b>	<b>0,272</b>
8 a11 anos de estudo	<b>0,404</b>	<b>0,378</b>
12 ou mais anos	<b>0,656</b>	<b>0,535</b>
Outras raças	0,373	<b>0,252</b>
Branco	<b>0,275</b>	0,237
Pardo	<b>0,494</b>	0,495
Nordeste	<b>0,030</b>	<b>-0,386</b>
Sul	<b>0,033</b>	<b>-0,248</b>
Sudeste	<b>0,601</b>	<b>0,297</b>
Centro-oeste	<b>0,667</b>	<b>0,361</b>
Constante	<b>-3,579</b>	<b>-3,027</b>

A população urbana tem 32% a mais de probabilidade de pagar uma consulta do que a população rural. Mas em 98 a probabilidade de um morador das cidades pagarem uma consulta era 45% maior do que os homens. A variável explicativa mais significativa nesta variável é a renda, pois quem ganha mais de 5 salários mínimos por domicílio chega a ter 144 vezes mais chance de pagar uma consulta do que alguém que tem renda domiciliar inferior a 1 salário mínimo.

## Considerações Finais

O estudo realizado buscava diagnosticar o perfil do doente brasileiro num âmbito mais amplo que pudesse abranger características essenciais para entender a dinâmica do serviço e utilização dos serviços de saúde. Nesse estudo, ficou evidente que o serviço de saúde público é um bem inferior, isto é, quanto mais renda os indivíduos possuem, menor é a disposição a usar os serviços públicos. Os estados do sudeste possuem a maior infra-estrutura, pois dada a população da região, há uma maior probabilidade de ser atendido na primeira vez que procurar pelo serviço de saúde.

É visível que a renda domiciliar é um fator essencial à qualidade da saúde. Quem ganha acima de 5 salários mínimos provavelmente tenha mais anos de estudo já que estas variáveis estão bastante correlacionadas. Estes indivíduos têm melhor auto-avaliação do estado de saúde, pois tem maior chance de ter atendimento privado de qualidade, além disso são os que possuem o menor número de casos de morbidade, pois podem gozar de uma maior qualidade de vida e por consequência maior possibilidade de prevenção das doenças.

Os mais pobres no país possuem maior probabilidade de ter doenças crônicas e, o que era de se esperar: os mais velhos possuem muito mais chance de possuir este tipo de doença do que crianças e adultos. A população senil de baixa renda também tem probabilidade mais alta de deixar de exercer suas atividades habituais por agravamentos na saúde. Existe, para esta população, maior frequência na contratação de serviço complementar de saúde, já que têm maior demanda de consultas, exames, operações, sendo que não podem aguardar a chamada das listas de espera dos hospitais públicos. Este resultado vai ao encontro da teoria da seleção adversa uma vez que as prestadoras de planos de saúde preferem vender seus serviços para a população economicamente ativa do que para os mais velhos, uma vez que os primeiros possuem uma demanda muito menor por consultas, medicamentos, exames e operações<sup>7</sup>.

As Regiões Norte e Nordeste padecem por não possuírem uma rede de saúde pública mais eficiente uma vez que a população não é tão densa quanto a das regiões ao entorno do trópico de capricórnio. Além disso, não há tanta renda disponível para alocação na saúde. Essas são as regiões que menos podem pagar por atendimento ou serviços de saúde complementar. A população urbana tem pior auto-avaliação, mais doenças crônicas e usam serviços de saúde mais congestionados que a rede rural já que a densidade populacional do campo é bem menor que a urbana. Vale a pena ressaltar que a quantidade de observações pesquisadas no

---

<sup>7</sup> “Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98”; BAHIA, L.; COSTA, A. J. L.; FERNANDES, C.; LUIZ, R. R.; CAVALCANTI, M. L. T.; Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e Laboratório de Economia Política na Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002

campo era quase quatro vezes maior na PNAD 1998. Já no ano de 2003 a proporção quase chegou a seis vezes à quantidade da população rural.

Comparando os resultados obtidos através da PNADs de 1998 e 2003 se torna muito claro que entre esses anos não se configurou grandes transformações capazes de alterar o perfil e a porcentagem de doentes, atendimentos, serviço complementar de saúde, etc. De 1998 a 2003 aumentou o percentual de casos de morbidade, diminuiu os casos de doenças crônicas, e a auto-avaliação do estado de saúde praticamente se manteve a mesma. A população passou a usar mais o serviço público de saúde pois notou-se que o percentual de atendimentos em unidades de saúde particulares caiu, assim como o percentual da população brasileira possuidoras de planos de saúde e o percentual da população que pagou pelo serviço de saúde. A avaliação do serviço de saúde melhorou um pouco mesmo se aumentou o percentual de pessoas que não foram atendidas pela primeira vez que procuraram um serviço de saúde.

## Referências

IBGE. Disponível em:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/notas\\_brasil.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/notas_brasil.pdf)

[Acessado em 10 de julho de 2009].

TRAVASSOS, C.; VICAVA, F.; LAGUARDIA, J.; Os Suplementos saúde na Pesquisa Nacional de Domicílios (PNAD) no Brasil – Revista Brasileira de Epidemiologia, 11(supl.1) : 98-112 - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, 2008.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; AMOEDO, M. B.; Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Rev Saúde Pública* 1992; 26(3): 195-202.

DACHS, J. N. W.; Determinantes das desigualdades na autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 641-57.

DACHS, J. N. W.; SANTOS, A. P. R.; Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 887-94.

PIRES, C. C.; Eficiência comparada em sistemas de saúde: um estudo para o Brasil. Instituto de pós-graduação em Engenharia e Mecânica, na Área de Produção: Instituto Tecnológico da Aeronautica (ITA), São José do Campos, SP, 2007.

Comentário do IBGE sobre a PNAD 2003. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/comentario.pdf>

[Acessado em 15 de julho de 2009].

Instituto Nacional do Câncer. *Inquérito Domiciliar Sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis*. Ministério da Saúde; 2004.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F.; Os Gastos das Famílias com Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 719-31.

CARVALHO, F. M.; SILVANY NETO, A. M.; PAIM, J. S.; MELO, A. M. C.; AZARO, M. G. A.; Morbidade referida e utilização de consulta médica em cinco populações do Estado da Bahia. *Ciênc Cult* 1988; 40(9): 853-8.

KILSZTAJN, S.; SUGAHARA, G. T. L.; LOPES, E. S.; *Planos privados de assistência à saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro; 2005 (IPEA – Coletânea Premiada)

MAIA, A. C.; ANDRADE, M. V.; RIBEIRO, M. M.; BRITO, R. J. A.; *Estudo sobre a regulação do setor brasileiro de plano de saúde*. Brasília; 2003 (Ministério da Fazenda – Documento de Trabalho).

SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L.; Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. *Econ Apl* 2007; 11(1): 5-26.

BAHIA, L. et al. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise da PNAD/98. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 671-86.

BAHIA, L. et al. O mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil: uma abordagem explanatória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 951-65.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C.; Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(2): 585-98.