

Carlos Henrique Campos Castanheira

**Utilização de serviços públicos
e privados de saúde, segundo inquérito
telefônico na população de Belo
Horizonte, 2009**

Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2011

Carlos Henrique Campos Castanheira

**Utilização de serviços públicos
e privados de saúde, segundo inquérito
telefônico na população de Belo Horizonte, 2009**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Deborah Carvalho Malta

Co-Orientador: Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta

Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2011

Castanheira, Carlos Henrique Campos.
C346a Utilização de serviços públicos e privados de saúde, segundo inquérito telefônico na população de Belo Horizonte, 2009 [manuscrito]. / Carlos Henrique Campos Castanheira. - - Belo Horizonte: 2010. 75f.
Orientadora: Deborah Carvalho Malta.
Co-Orientador: Adriano Marçal Pimenta.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Saúde Suplementar. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Malta, Deborah Carvalho. II. Pimenta, Adriano Marçal. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.
NLM: W 76

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESC) da UFMG e ao Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Epidemiologia da UFMG.

Apoio Financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).



Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada “**Utilização de serviços públicos e privados de saúde, segundo inquérito telefônico na população de Belo Horizonte, 2009**”, de autoria do mestrando Carlos Henrique Campos Castanheira, a ser aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^ª. Dr^ª. Deborah Carvalho Malta - Escola de Enfermagem da UFMG - Orientadora

Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta - Escola de Enfermagem da UFMG - Co-Orientador

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana - Escola de Enfermagem da UFMG

Prof^ª. Dr^ª. Andréa Gazzinelli - Escola de Enfermagem da UFMG

Prof^ª. Dr^ª. Tânia Couto Machado Chianca
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 14 de março de 2011

*Este trabalho é dedicado a minha esposa Gisele Rivas Guedes
e a minha filha Isabelle Rivas Guedes Castanheira
que estiveram presentes em todos os momentos
com muito amor, carinho e paciência.*

Dedicatória

Agradecimentos

A DEUS,

que sempre me amparou nesta jornada.

Aos meus pais, Carlos e Beth,

meus maiores exemplos de vida, que deram condições e apoio durante toda minha vida

para concretizar meus sonhos.

A Gisele, minha esposa,

pelo carinho, incentivo e compreensão nos momentos difíceis.

A minha filha Isabelle,

presente de Deus que ganhei durante o mestrado, que mesmo de forma inconsciente compreendeu meus

momentos de ausência trancado no escritório estudando.

Aos meus irmãos, Roberta e Luiz Felipe,

pelo apoio e amizade.

Aos meus sogros Luiz Felipe e Silvana e aos meus cunhados Vinicius e Felipe,

minha nova família, pela confiança e apoio.

A Deborah, minha orientadora,

pela paciência, confiança e pela riqueza de suas orientações.

Um agradecimento especial ao meu grande amigo Adriano, meu co-orientador,

pela dedicação, competência no ensino e pesquisa, peça fundamental

no meu processo de aprendizagem.

A Prof. Dra Regina Bernal,

pela contribuição e ensinamentos.

À Universidade Federal de Minas Gerais, em especial à Escola de Enfermagem,

pelo ensino público e de qualidade.

Aos meus familiares

que com certeza estão vibrando por esta vitória.

Aos queridos amigos

que compreenderam minha ausência e torceram por mim, Clayton, Dimitri, Domingos, Frederico, Gabriel,

Livia, Leonardo e Valéria.

Aos colegas de mestrado

que contribuíram com críticas construtivas.

RESUMO

CASTANHEIRA, C. H. C. **Utilização de serviços públicos e privados de saúde, segundo inquérito telefônico na população de Belo Horizonte, 2009.** 2011. 70 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

O objetivo deste estudo foi analisar a utilização dos serviços de saúde públicos e privados na população de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram realizadas entrevistas telefônicas com indivíduos maiores de 18 anos, residentes na cidade de Belo Horizonte, que participaram do Sistema de Monitoramento de Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico do Ministério da Saúde (Vigilância de Fatores e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/VIGITEL), no ano de 2009. Foram aplicados dois questionários distintos na mesma população ($n = 288$), o primeiro pelo Ministério da Saúde e o segundo pela UFMG sobre acesso, utilização e avaliação dos serviços de Saúde, formou-se base de dados única. A análise dos dados foi realizada com o uso dos fatores de ponderação para corrigir, ao menos parcialmente, vícios nas estimativas para a população residente no município de Belo Horizonte, determinados pela não cobertura universal da rede telefônica. A caracterização da amostra estudada foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas e dos respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) segundo a classificação de usuário dos serviços de saúde em exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) ou beneficiário da Saúde Suplementar (SS). As diferenças estatísticas foram avaliadas usando-se os testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Foi considerado o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). Os resultados deste estudo mostraram diferenças demográficas entre os usuários exclusivos do SUS e os beneficiários da SS em Belo Horizonte. Os usuários exclusivos SUS apresentaram menor escolaridade, eram mais jovens, solteiros e da cor de pele parda e morena. Já os beneficiários da SS tinham maior escolaridade, eram mais velhos, casados e da cor de pele branca. Além disso, houve igualdade na necessidade e na procura de serviços de saúde nas duas últimas semanas anteriores à realização do estudo, porém, o sucesso no atendimento foi maior entre os beneficiários da SS. Outro resultado de destaque foi a consolidação da atenção primária como porta de entrada na rede assistencial do SUS pelos seus usuários exclusivos em detrimento da maior procura pelos setores secundário e terciário entre os beneficiários da SS. No que diz respeito aos serviços utilizados, houve igualdade na realização de exames radiológicos, laboratoriais e do check-up em menos de um ano, do uso da vacina e do recebimento de visitas por agentes sanitários. Por outro lado, os usuários exclusivos do SUS foram encaminhados em maior frequência para consultas com especialistas e outros serviços de saúde. Ademais, houve, também, igualdade no conhecimento sobre o SUS e o Programa de Saúde da Família e na avaliação positiva do atendimento recebido. Concluindo, foram observadas iniquidades no acesso e utilização dos serviços de saúde entre os usuários exclusivos do SUS e os beneficiários da SS. Entretanto os serviços o uso de serviços de vacina e agente sanitário se mostraram universais e de amplo acesso a toda população. A atenção primária está consolidada como porta de entrada aos serviços de saúde pelos usuários exclusivos do SUS. Os exames preventivos e de rastreamento, check-up, em menos de um ano foram similares para os dois grupos. O atendimento recebido foi avaliado positivamente independente do sistema de financiamento.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Saúde Suplementar. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

CASTANHEIRA, C. H. C. **Utilization of public and private health services, according to telephone survey in population of Belo Horizonte, 2009.** 2011. 70 f. Dissertation (Master Degree in Nursing) - Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

The aim of this study was to analyze the utilization of public and private health services by residents of the City of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Telephonic interviews were conducted with adult subjects (≥ 18 years old), residing in Belo Horizonte, who participated in *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (VIGITEL - Telephone-based Surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases), in 2009. Two separate questionnaires were administered in the same population ($n = 288$): the first by the Brazilian Ministry of Health, and second, by UFMG, on access, utilization and evaluation of health services, forming a single database. The data analysis was performed with the use of weighted factors to correct, at least partially, bias in the estimates for the population living in Belo Horizonte, determined by a non-universal telephone network coverage. The characterization of the sample was performed by calculating the absolute and relative frequencies and their confidence intervals of 95% according to user classification of health services exclusively on the *Sistema Único de Saúde* (SUS) - Brazilian Health System - or beneficiary of the Supplemental Health (SH). Statistical differences were evaluated using the chi-square test or Fisher exact test. We considered the statistical significance level of 5% ($p < 0.05$). The results of this study showed demographic differences between the unique users of the SUS and the recipients of the SH in Belo Horizonte. The SUS unique users had less education, were younger, unmarried and non-white. Recipients of SH were better educated, were older, married and Caucasian. Furthermore, both plans same need and demand for health services in the last two weeks prior to the study, but, customer service was greater among recipients of SH. Another result of note was Also of interest was the consolidation of primary care as the first level for assistance by SUS health care users at the expense of increased demand for secondary and tertiary sectors among the beneficiaries of SH. According to procurement of health services by users, there was equality in radiological exams, laboratory check-up in less than one year, vaccine use and to regular, in-home visits by health workers. Moreover, SUS users were referred more frequently for consultations to specialists and other complex health services. Finally, both plan users demonstrated similar knowledge about SUS, Family Health Program and the positive evaluation of care received. In conclusion, there were inequities in access and utilization of health services among the unique users of SUS and recipients of SH. However, services providing vaccines and health agents proved universal and comprehensive access to the entire population. Primary care is consolidated as a gateway to health services by SUS plan users. The exams and screening and check-ups in less than 1 year were similar for both groups. The service received was positively evaluated independently of the funding system.

Key-words: Health Services Accessibility. Health Services Evaluation. Supplemental Health. Single Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Unidades administrativas (distritos) do município de Belo Horizonte.....	26
Figura 2	- Pirâmide populacional. Belo Horizonte, 2008.....	37
Figura 3	- Características de utilização de serviços de saúde da população estudada. Belo Horizonte, 2009.....	41
Gráfico 1	- Características de utilização de serviços de saúde da população estudada. Pedido ou realização de exames e encaminhamento para especialista ou outro serviço de saúde no atendimento recebido. Belo Horizonte, 2009.....	42
Gráfico 2	- Características de utilização de serviços de saúde da população estudada. Tempo de realização do último exame de rotina / check-up. Belo Horizonte, 2009.....	42

LISTA DE TABELAS

1	-	Características demográficas da população estudada. Belo Horizonte, 2009...	38
2	-	Características demográficas da população estudada segundo modalidade de financiamento do Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar. Belo Horizonte, 2009.....	39
3	-	Características de utilização de serviços de saúde segundo modalidade de financiamento do Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar. Belo Horizonte, 2009.....	43
4	-	Associação entre a modalidade de financiamento e as características de utilização de serviços de saúde (Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar). Belo Horizonte, 2009.....	45
5	-	Características de conhecimento, avaliação e uso de serviços do Sistema Único de Saúde. Belo Horizonte, 2009.....	46
6	-	Características de conhecimento, avaliação e uso de serviços do Sistema Único de Saúde segundo modalidade de financiamento. Belo Horizonte, 2009.....	47
7	-	Associação entre a modalidade de financiamento e as características de conhecimento, avaliação e uso de serviços do Sistema Único de Saúde. Belo Horizonte, 2009.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	- Agência Nacional de Saúde
CEM	- Centro de Especialidades Médicas
ECG	- Eletrocardiograma
EEG	- Eletroencefalograma
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95%	- Intervalo de Confiança de 95%
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	- Programa de Saúde da Família
RP	- Razão de Prevalência
SS	- Saúde Suplementar
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
VIGITEL	- Vigilância de Fatores e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Objetivos.....	17
1.1.1	Geral.....	17
1.1.2	Específicos.....	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	Utilização de serviços de saúde.....	19
2.2	Saúde Suplementar no Brasil.....	21
3	METODOLOGIA	24
3.1	Tipo de estudo.....	25
3.2	Local de estudo.....	25
3.3	População de estudo.....	26
3.3.1	Processo de amostragem do VIGITEL.....	26
3.3.2	Amostra estudada.....	27
3.4	Coleta de dados.....	28
3.5	Aspectos éticos.....	28
3.6	Variáveis do estudo.....	29
3.6.1	Variáveis demográficas.....	29
3.6.2	Variáveis de utilização dos serviços de saúde.....	30
3.6.3	Variáveis de conhecimento, avaliação e utilização do Sistema Único de Saúde.....	31
3.7	Análise estatística.....	32
3.7.1	Análise estatística do VIGITEL.....	32
3.7.2	Análise estatística do estudo.....	34
4	RESULTADOS	36
4.1	Características da população estudada.....	37
4.1.1	Características gerais da população estudada.....	37
4.1.2	Características gerais da população estudada segundo modalidade de financiamento.....	38
4.2	Utilização de serviços de saúde.....	40

4.2.1	Caracterização da utilização de serviços de saúde da população estudada.....	40
4.2.2	Caracterização da utilização de serviços de saúde segundo a modalidade de financiamento.....	43
4.2.3	Análise da utilização de serviços de saúde.....	44
4.3	Conhecimento e avaliação do Sistema Único de Saúde.....	45
4.3.1	Caracterização do conhecimento, avaliação e uso do Sistema Único de Saúde da população estudada.....	45
4.3.2	Caracterização do conhecimento, avaliação e uso do Sistema Único de Saúde segundo modalidade de financiamento.....	46
4.3.3	Análise do conhecimento, avaliação e uso do Sistema Único de Saúde.....	48
5	DISCUSSÃO	50
5.1	Características sócio demográficas.....	51
5.2	Acesso e utilização dos serviços de saúde.....	52
5.3	Porta de entrada nos serviços de saúde e serviços utilizados.....	54
5.4	Avaliação e conhecimento dos serviços.....	55
5.5	Limites do estudo.....	56
6	CONCLUSÃO	58
	REFERÊNCIAS	60
	ANEXO	67
	APÊNDICE	69



Introdução

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil é uma garantia constitucional e apresenta-se como direito da cidadania a ser garantido pelo Estado, com a universalização da atenção. Neste sentido, o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde deve ser buscado de forma constante (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; BRASIL, 1988), pois isso atenua as desigualdades entre pobres e ricos (MARMOT, 2006).

A organização do sistema de saúde brasileiro é de tipo misto, com um sistema público com orientação universal, integral e equânime, o Sistema Único de Saúde (SUS), e um sistema privado formado a partir da oferta de seguros e planos de saúde, a Saúde Suplementar (SS) e pela modalidade de assistência com pagamento direto (RIBEIRO *et al.*, 2006). Travassos *et al.* (2000) afirma que esta pluralidade gera implicações sobre a equidade em saúde, que pode ser conceituada como a superação das desigualdades injustas em determinado contexto histórico e social, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por ações governamentais também diferenciadas (WHITEHEAD, 1992).

Vários autores apontam que o estudo da utilização dos serviços de saúde é um indicador importante para avaliação destes, servindo de indicador de qualidade da atenção à saúde e de equidade, possibilitando orientar o desenho de políticas (DESLANDES, 1997; FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; LOUVISON *et al.*, 2008; MENDES *et al.*, 2009; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, tendo como conceito todo contato direto ou indireto com os serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Segundo Travassos e Martins (2004), estão entre os determinantes do uso dos serviços de saúde, as características sócio-demográficas dos usuários, as organizações da oferta e aspectos relacionados aos prestadores de serviços. Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) acrescentam, ainda, os recursos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a cobertura por planos de saúde.

Quando comparado usuários exclusivos do SUS com beneficiários da SS foi observado menor frequência de realização de consultas médicas e menor número de exames de rastreamento no primeiro grupo (LIMA-COSTA *et al.*, 2002; LIMA-COSTA, 2004). Um estudo de Lima-Costa *et al.* (2002) demonstrou diferenças importantes nas condições de saúde e no uso de serviços de saúde entre usuários do SUS em comparação com os da SS, menor frequência a consultas médicas e pior avaliação do estado de saúde pelos usuários exclusivos

do SUS. Santos; Ugá; Porto (2008) discutem que no modelo de saúde vigente no Brasil, os beneficiários da SS tem uma duplicação de cobertura e isto gera desigualdades na utilização dos serviços de saúde.

Diante deste cenário verificou-se, a necessidade de realizar um estudo voltado para avaliação da utilização dos serviços de saúde entre usuários exclusivos do SUS e beneficiários da SS na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. As hipóteses são:

- Os beneficiários da SS utilizam em maior proporção os serviços de saúde em relação aos usuários exclusivos do SUS;
- Os beneficiários da SS têm melhor avaliação dos serviços utilizados em relação aos usuários exclusivos do SUS;

Acredita-se que este estudo possa gerar informações capazes de contribuir para a melhoria sobre o conhecimento da utilização dos serviços de saúde, fornecendo subsídios para os gestores de saúde implementarem ações com vistas à consolidação das diretrizes do SUS de universalização, equidade e integralidade.

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

- **A**nalisar a utilização dos serviços públicos e privados de saúde na população de Belo Horizonte - Minas Gerais.

1.1.2 Específicos

- Caracterizar a população estudada com relação às variáveis sócio-demográficas e de conhecimento, avaliação e utilização dos serviços de saúde de Belo Horizonte;
- Caracterizar a utilização dos serviços de saúde de Belo Horizonte segundo a modalidade de financiamento público e privado;
- Analisar a associação entre a modalidade de financiamento público e privado e as características de utilização e avaliação dos serviços de saúde em Belo Horizonte.



Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Acesso e utilização de serviços de saúde

Para Donabedian (2003), acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm o serviço de saúde. Já para Andersen (1995), o termo acesso abrange a entrada e o recebimento de cuidados nos serviços de saúde, incorporando a utilização dos serviços. No modelo teórico de utilização de serviços descrito por Andersen (1995), os perfis de consumo são agrupados em três dimensões: de capacidade, de necessidade e de predisposição. Os fatores de capacitação se referem à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde; diretamente ligados às condições econômicas e a oferta de serviços: renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados. Os fatores de necessidade estão ligados às percepções subjetivas das pessoas e ao estado de saúde. Os fatores de predisposição referem-se às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde como, por exemplo, as variáveis sócio-demográficas e familiares: idade, sexo, nível de escolaridade e raça (ANDERSEN; NEWMAN, 1973). Para Travassos e Martins (2004), esse modelo, em estudos de desigualdade, o acesso é considerado equitativo quando somente a necessidade determina o uso.

Já o conceito de uso compreende todo contato direto - consultas médicas, hospitalizações - ou indireto - realização de exames preventivos e diagnósticos - com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para Travassos e Martins (2004), os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados:

- a) à necessidade de saúde - morbidade, gravidade e urgência da doença;
- b) aos usuários - características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda e educação), culturais (religião) e psíquicas;
- c) aos prestadores de serviços - características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento;
- d) à organização - recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social;

- e) à política - tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

Apesar das discordâncias na terminologia e na abrangência dos conceitos de utilização e acesso, podem ser traçadas algumas linhas de concordância entre os autores: terminologia acessibilidade é uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral ou restrita a acessibilidade geográfica. O termo acesso, em geral, centra-se na entrada inicial dos serviços de saúde, como citado no modelo de Andersen (1995). De qualquer forma, prevalece a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada a oferta. O uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. Apesar do acesso ser um importante determinante de uso dos serviços de saúde, a efetivação do segundo resulta de uma multiplicidade de fatores: individuais predisponentes, contextuais e relativos à qualidade do cuidado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para Travassos *et al.* (2000), as desigualdades no uso de serviços de saúde, isto é, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, apontam as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, bem como as diferenças no comportamento das pessoas perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza. Portanto, a necessidade e o comportamento dos indivíduos diante dos agravos à saúde, os serviços e recursos disponíveis, a estrutura administrativa, os mecanismos de pagamento e as formas de financiamento interferem no acesso e no uso de serviços de saúde.

O padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil é explicado pelo perfil de necessidades em saúde, mas é condicionado, também, por inúmeros outros fatores, como a oferta de serviços de saúde, preferências e escolhas dos usuários, disponibilidade do serviço, cultura, dentre outros (TRAVASSOS *et al.*, 2000). O acesso aos serviços também está condicionado à atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido. Estas características refletem desigualdades individuais, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

A participação dos planos de saúde no sistema de saúde brasileiro também atua no sentido de acentuar as desigualdades no consumo de serviços de saúde. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2010), estimou a cobertura do sistema privado em cerca de 25,9% da população brasileira. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS, 2010), no ano de

2010, a região sudeste tem uma taxa de cobertura de planos de saúde de assistência médica de 36,2% e com destaque a cidade de Belo Horizonte com cobertura de 49,6%.

A cobertura de plano de saúde é dependente da renda, sendo expressivamente maior nos grupos com maior poder aquisitivo. Análise da PNAD mostra que as pessoas com planos de saúde apresentam maior chance de uso de serviços de saúde comparativamente às pessoas que não têm planos de saúde (IBGE, 2005; TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Outros estudos mostram que quando comparado usuários exclusivos do SUS com beneficiários da SS observa-se menor frequência de realização de consultas médicas e menor número de exames de rastreamento no primeiro grupo (LIMA-COSTA, 2004; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002). Um estudo de Lima-Costa *et al.* (2002) demonstrou diferenças importantes nas condições de saúde e no uso de serviços de saúde entre usuários do SUS em comparação com os da SS, menor frequência a consultas médicas e pior avaliação do estado de saúde pelos usuários exclusivos do SUS. Santos; Ugá; Porto (2008) discutem que no modelo de saúde vigente no Brasil, os beneficiários da SS tem uma duplicação de cobertura e isto gera desigualdades no acesso a serviços de saúde.

2.2 Saúde Suplementar no Brasil

A Constituição Federal de 1988 permitiu a formação de um Sistema de Saúde brasileiro tríplice, constituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Setor Suplementar de Atenção à Saúde, chamado de Saúde Suplementar (SS) e pelo Setor Privado Autônomo ou de Procura Direta (BRASIL, 1988, 2008). O SUS é formado pelos serviços próprios municipais, estaduais e federais e pelos serviços privados complementares contratados ou conveniados, que, obrigatoriamente, devem atuar conforme os princípios do SUS de universalização da cobertura e do atendimento, de integralidade e de equidade dos benefícios e serviços de saúde para toda a população (BRASIL, 1988; TRAVASSOS *et al.*, 2000). Mas, segundo Malta *et al.* (2004), desde sua constituição na década de 1980, a política de saúde no Brasil vive uma trajetória paradoxal: o caráter universal do SUS em detrimento à redução de verbas públicas ao longo dos anos. Segundo Malta (2001), os baixos investimentos financeiros nas últimas décadas levaram à queda progressiva de qualidade dos serviços públicos de saúde e a uma progressiva migração de pessoas para a SS.

Além disto, o crescimento dos planos de saúde na última década pode ser também explicado pelo aumento do poder aquisitivo da população, crescimento do emprego e desenvolvimento econômico do país (IBGE, 2010; MALTA *et al.*, 2011).

A PNAD 2008 aponta a expansão da SS no Brasil, principalmente dos setores médios da sociedade (IBGE, 2010). A PNAD 1998 estimou 38,7 milhões de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, correspondendo a 24,5% da população do País (IBGE, 2000), já, em 2008, foram estimados 49,2 milhões de beneficiários da SS, equivalendo a 25,9% dos brasileiros (IBGE, 2010).

Os princípios e aspectos organizativos da SS diferenciam-se completamente do SUS, com população restrita mediante acesso por pagamento de um plano para fazer parte, contrapondo com a universalidade. Possibilidade de segmentação da assistência por tipos de planos (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e odontológica) em detrimento a integralidade. E capacidade de renda e compra de planos mais abrangentes e com qualidade reconhecida de seus serviços de saúde contra equidade (BRASIL, 2008).

Segundo Albuquerque *et al.* (2008), o mercado dos planos privados de assistência a saúde sempre esteve relacionado a urbanização, industrialização, renda e mercado formal. A partir da década de 1950, com a expansão da industrialização no país, principalmente a automobilística, houve a organização de uma assistência médico-hospitalar junto a prestadores de serviços específicos para seus empregados, principalmente de empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Após a década de 1980, as operadoras de planos de saúde expandiram seus negócios para os clientes individuais (BAHIA, 2001). A partir de um estatuto jurídico, as operadoras estão organizadas conforme modalidades, que são:

- a) Autogestão: entidades de atividades econômicas outras que não a saúde, que operam serviços de assistência a saúde, em rede própria ou de terceiros, destinados, exclusivamente, a seus empregados e dependentes;
- b) Cooperativa médica: sociedades sem fins lucrativos, caracterizados por cooperativismo de profissionais médicos, conforme o disposto na Lei nº 5.764/71, que estabelece a Política Nacional de Cooperativismo;
- c) Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados, certificadas como entidades filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social;
- d) Seguradora especializada em saúde: sociedade seguradoras autorizadas a operar planos de saúde;
- e) Medicina de grupo: demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência a saúde (BRASIL, 2007).

O mercado de saúde suplementar sempre atuou no atendimento aos seus beneficiários a partir de critérios próprios do mercado. Até o final da década de 1990, estes critérios eram

influenciados principalmente pelo Código de Defesa do Consumidor (nº 8.078/90) (BRASIL, 1990). Segundo Costa (2008), este contexto de baixa regulação a despeito dos incentivos fiscais por parte do governo e da natureza desta atividade econômica que faz intermediação de acesso aos serviços de saúde principalmente nas cidades de maior aporte populacional levou a pressão progressiva pela regulação governamental do setor. Através da Lei nº 9.656/98 e a criação da ANS em 2000 têm-se o marco regulatório deste setor. As novas regras de proteção aos consumidores e de entrada, permanência e saída das empresas no mercado passaram a ser definidas pela ANS (BRASIL, 2000a). Estas novas regras afetaram principalmente aqueles beneficiários que contraíam uma patologia de alto custo ou de tratamento de longa duração que ficavam sem a cobertura dos planos por força contratual e passavam a ser assistidos no SUS (COSTA, 2008). Para Costa (2008), a ANS tem intervindo, principalmente, para garantir a equidade nas condições de cobertura, a extinção dos limites de internação, a proibição de aumento por faixa etária após 60 anos com 10 anos de contribuição e a qualidade mínima nos padrões de atenção.

Metodologia

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de abordagem quantitativa com delineamento transversal, descritivo e exploratório.

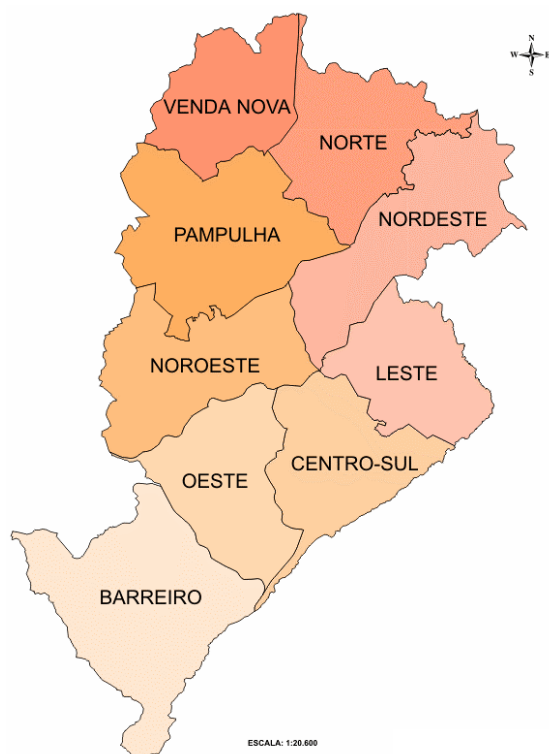
3.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido com indivíduos maiores de 18 anos, residentes na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, que participaram do Sistema de Monitoramento de Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico do Ministério da Saúde (Vigilância de Fatores e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/VIGITEL), no ano de 2009.

A cidade de Belo Horizonte, foi inaugurada em 1897 para ser a nova capital do Estado de Minas Gerais. Ocupa uma área de aproximadamente 330 km² e tem uma população de quase 2,3 milhões de habitantes (GOMES, 2000)

O município é dividido em nove distritos sanitários, definidos de acordo com espaço geográfico, populacional e administrativo. Em média, cada distrito é composto por 15 a 20 serviços de saúde, que contemplam Unidades Básicas de Saúde – UBS (atenção primária), Unidades de Referência Secundária – URS (atenção secundária), Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM (atenção secundária) e Unidades de Pronto-Atendimento – UPA (atenção secundária). A rede de atenção primária conta com 508 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 142 Unidades Básicas de Saúde e são responsáveis pela assistência de, aproximadamente, 75% dos habitantes da cidade (436.420 famílias cadastradas e 1.739.000 indivíduos cadastrados) (TURCI, 2008).

FIGURA 1 – Unidades administrativas (distritos) do município de Belo Horizonte.
Fonte: PBH, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2005-2008.**



3.3 População de estudo

3.3.1 Processo de amostragem do VIGITEL

Os procedimentos de amostragem empregados pelo sistema VIGITEL visam obter em cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população de adultos residentes em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano. O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos com 18 ou mais anos de idade em cada cidade para que se possa estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população adulta. Erros máximos de cerca de três pontos percentuais são esperados para as estimativas específicas conforme sexo, assumindo-se proporções semelhantes de homens e mulheres na amostra (BRASIL, 2010).

A primeira etapa da amostragem do VIGITEL consiste no sorteio sistemático de 5.000 linhas telefônicas por cidade. Este sorteio, sistemático e estratificado de acordo com região ou prefixo das linhas telefônicas, é realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais

fixas das empresas telefônicas que cobrem as cidades. A seguir, as linhas sorteadas em cada cidade são re-sorteadas e divididas em 25 réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por região da cidade ou prefixo telefônico. A divisão da amostra integral em réplicas é feita, essencialmente, em função da dificuldade em estimar previamente a proporção das linhas do cadastro que serão elegíveis para o sistema (linhas residenciais ativas) e, portanto, o total de linhas a ser sorteado para se chegar a 2.000 entrevistas (BRASIL, 2010).

A segunda etapa da amostragem do VIGITEL é realizada em paralelo à execução das entrevistas, envolvendo, inicialmente, a identificação, dentre as linhas sorteadas, daquelas que são elegíveis para o sistema, ou seja, linhas residenciais ativas. Não são elegíveis, para o sistema, as linhas correspondentes a empresas, que não existem ou que se encontram fora do serviço, além das linhas que não respondem a 10 chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábado e domingo e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados (BRASIL, 2010).

Para cada linha elegível, uma vez obtida a aquiescência dos seus usuários em participar do estudo, procede-se à enumeração dos indivíduos com 18 ou mais anos de idade que residem no domicílio e, a seguir, ao sorteio de um desses indivíduos para ser entrevistado. No ano de 2009, as ligações feitas para as 71.081 linhas elegíveis redundaram em 54.367 entrevistas completas, o que indica uma taxa média de sucesso de 76,5% (54.367 entrevistas realizadas para 71.081 linhas elegíveis). Em Belo Horizonte, a taxa de sucesso foi de 83,3% (2.011 entrevistas realizadas para 2.414 linhas elegíveis). Cerca de 90,0% das linhas elegíveis para as quais não houve entrevista corresponderam a situações em que não foi possível o contato telefônico inicial com seus usuários (linhas permanentemente ocupadas, com sinal de fax ou conectadas à secretária eletrônica) ou quando não foi possível encontrar o indivíduo sorteado no domicílio mesmo após várias tentativas de aprazamento e depois de pelo menos 10 ligações feitas em dias e horários variados. Recusas em participar do sistema de monitoramento no contato inicial com o domicílio ou após o sorteio do indivíduo a ser entrevistado foram observadas em apenas 3,0% das linhas elegíveis (BRASIL, 2010).

3.3.2 Amostra estudada

Em Belo Horizonte, durante o ano de 2009, foram realizadas entrevistas do sistema VIGITEL, pelo Ministério da Saúde, e coletadas informações sobre a frequência dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas (BRASIL, 2010).

O VIGITEL é conduzido de forma contínua pelo Ministério da Saúde desde 2006 em todas as capitais brasileiras (BRASIL, 2010). Em 2009 por meio de parceria entre Ministério da Saúde e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), dentre as cerca de 2.000 entrevistas realizadas anualmente em Belo Horizonte, foi sorteada sub-amostra para segunda entrevista telefônica sobre o tema deste estudo, acesso, utilização e avaliação dos serviços de saúde.

O presente estudo analisa o resultado desta segunda pesquisa telefônica, entre os indivíduos, pertencentes às réplicas três, quatro e seis do VIGITEL totalizando 353 linhas telefônicas elegíveis. Desse total, houve 1,7% de recusa na participação no presente estudo (n = 6), 16,7% não foi encontrado no domicílio mesmo após várias tentativas de aprazamento e depois de pelo menos 10 ligações feitas em dias e horários variados (n = 59) e 81,6% compuseram a amostra final (n = 288).

3.4 Coleta de dados

As entrevistas telefônicas foram realizadas no período entre julho e agosto de 2009 por uma empresa contratada, sediada em Belo Horizonte. A equipe responsável pelas entrevistas, envolvendo cinco entrevistadores, um supervisor e um coordenador, recebeu treinamento prévio e foi supervisionada continuamente durante a operação do sistema por um pesquisador da UFMG.

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE) foi transformado em questionário eletrônico para realização da entrevista com o auxílio de um computador (Entrevista Telefônica Assistida por Computador/ETAC). Durante a entrevista, as perguntas foram lidas diretamente na tela do computador e as respostas registradas diretamente e imediatamente no banco de dados do sistema. O questionário permitia, ainda, o salto automático das questões não aplicáveis em face às respostas anteriores, a crítica imediata de respostas não válidas e a cronometragem da duração da entrevista.

3.5 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde. Por se tratar de entrevista por telefone, o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados. Além disso, o presente estudo teve anuência do Comitê de

Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer nº ETIC 013/07. Esta pesquisa faz parte de um estudo maior denominado: “A regulação em saúde produzida pela ANS e sua repercussão no mercado de saúde suplementar e visão dos usuários.”

3.6 Variáveis do estudo

Como foram aplicados dois questionários distintos aplicados na mesma população (n = 288), o primeiro pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) e o segundo pela UFMG (acesso, utilização e avaliação dos serviços de saúde), formou-se base de dados única, por meio de link das duas bases, tornando possível recuperar da base original informações sócio-demográficas.

3.6.1 Variáveis demográficas

As variáveis demográficas foram respondidas pelos entrevistados na ocasião de sua participação no VIGITEL em 2009, e o banco de dados importado e agregado ao do presente estudo.

a) Sexo

O entrevistador verificou o sexo dos sujeitos com base nas seguintes categorias: masculino e feminino.

b) Idade

A idade obtida foi informada de forma direta pelo entrevistado, sendo aceito apenas indivíduos com 18 e mais anos. Essa variável foi categorizada da seguinte maneira: 18-24 anos, 25-34 anos, 35-44 anos, 45-54 anos, 55-64 anos, 65 e mais anos.

c) Escolaridade

O indivíduo informou o último ano e a série de estudo formal que completou, e o programa fez o cálculo dos anos de escolaridade da pessoa. Essa variável foi categorizada da seguinte maneira: 0-8 anos de estudo, 9-11 anos de estudo, 12 e mais anos.

d) Estado civil

O entrevistador verificou o estado civil dos sujeitos com base nas seguintes categorias: solteiro, casado, separado, viúvo.

e) Cor da pele / etnia

O entrevistado classificava a cor de sua pele como branca, negra, parda ou morena, amarela (apenas ascendência oriental), vermelha (ascendência indígena), não sabe, não quis informar. Nenhum entrevistado se auto-referenciou como da cor vermelha (ascendência indígena) e ninguém informou não saber ou não quis informar.

3.6.2 Variáveis de utilização dos serviços de saúde

a) Necessidade de serviço de saúde nas duas últimas semanas

O indivíduo informou se sentiu necessidade de procurar algum serviço ou profissional de saúde para atendimento nas duas últimas semanas anteriores a participação do estudo. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

b) Procura por atendimento

O indivíduo relatou a procura por atendimento em serviços de saúde para a necessidade informada anteriormente. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

c) Onde procurou por atendimento

O entrevistado que referiu ter buscado atendimento informou o local de procura, sendo apresentadas pelo entrevistador as seguintes opções: unidade básica de saúde (posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família), hospital ou clínica ou consultório (credenciada ao plano de saúde), ambulatório Centro de Especialidades Médicas (CEM), pronto socorro ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA), atendimento domiciliar, outro e não sabe ou não respondeu. Nenhum entrevistado informou procura por atendimento no ambulatório CEM e atendimento domiciliar. Além disso, ninguém selecionou as opções não sabe ou não quis informar. Essa variável foi categorizada da seguinte maneira: atenção primária (unidade básica de saúde e consultório da saúde suplementar) e em atenção secundária e terciária (pronto socorro, hospital, UPA e clínica).

d) Êxito no atendimento na primeira vez que procurou o serviço de saúde

O indivíduo relatou sucesso, ou seja, ter conseguido atendimento na primeira vez que procurou o serviço de saúde. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

e) Realização de exames complementares no atendimento recebido e encaminhamento para outro serviço ou especialista

Foi informada pelo indivíduo a realização de exames complementares no atendimento recebido. As seguintes opções foram apresentadas pelo entrevistador: exames laboratoriais (fezes, urina ou sangue), radiológicos (raio X, tomografia ou ultra-som), gráficos (eletroencefalograma ou eletrocardiograma), outro procedimento e encaminhamento para outro serviço ou especialista. Nenhum entrevistado relatou a opção outro procedimento. Essas variáveis foram dicotomizadas em sim e não.

f) Avaliação do atendimento recebido

O usuário avaliou o atendimento recebido em muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim e não sabe ou não informou. Nenhum entrevistado respondeu não saber avaliar ou não informou. A variável foi reclassificada em: muito bom e bom; regular, ruim e muito ruim. Essa última categoria contemplou as três opções porque havia somente um indivíduo que avaliou o atendimento recebido como regular.

g) Tempo de realização do último exame de rotina

O entrevistado informou há quanto tempo realizou o último exame de rotina (check up) antes da participação no estudo e a resposta foi categorizada em menos de um ano e mais de um ano.

3.6.3 Variáveis de conhecimento, avaliação e utilização do Sistema Único de Saúde

a) Conhecimento sobre o SUS

O indivíduo respondeu ter ou não conhecimento sobre o SUS no Brasil.

b) Uso de algum serviço do SUS

O entrevistado relatou ter ou não usado algum serviço do SUS.

c) Tipo de serviços utilizado do SUS

O entrevistado descreveu o tipo de serviço SUS utilizado nos últimos 12 meses. As opções apresentadas pelo entrevistador foram: consulta, exames complementares, vacinas, farmácia e agente sanitário. Essas variáveis foram dicotomizadas em sim e não.

d) Avaliação do SUS

O usuário avaliou o SUS na cidade de Belo Horizonte em muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim e não sabe ou não informou. Nenhum entrevistado respondeu não saber avaliar ou não informou. A variável foi categorizada em: muito bom e bom; regular; ruim e muito ruim.

e) Conhecimento sobre o Programa de Saúde da Família (PSF)

O indivíduo respondeu ter ou não conhecimento sobre o PSF.

f) Visita do Agente comunitário de saúde do PSF

O indivíduo respondeu ter ou não recebido alguma visita do agente comunitário de saúde do PSF.

g) Avaliação do PSF

O usuário avaliou o PSF em ótimo, muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim e não sabe ou não informou. Nenhum entrevistado respondeu não saber avaliar ou não informou. A variável foi categorizada em: muito bom e bom; regular; ruim e muito ruim.

3.7 Análise estatística

3.7.1 Análise estatística do VIGITEL

A amostra de adultos entrevistada pelo sistema VIGITEL em cada cidade é obtida a partir do sorteio de linhas telefônicas residenciais existentes em cada cidade e, nesta medida, rigorosamente, só permite inferências populacionais para adultos que residem em domicílios cobertos pela rede de telefonia fixa, portanto os resultados são válidos para essa população. A cobertura dessa rede, embora tenha crescido nos últimos anos, não é evidentemente universal, podendo ser particularmente baixa em cidades economicamente menos desenvolvidas e nos estratos de menor nível sócio-econômico. Estimativas calculadas a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizado pelo IBGE entre 2002 e 2003 em uma amostra probabilística de mais de 48 mil domicílios de todas as regiões do país indica que 66,4% dos

domicílios existentes no conjunto das 27 cidades estudadas pelo VIGITEL eram servidas por linhas telefônicas fixas, com a cidade de Belo Horizonte entre as de maior cobertura (76,0%) (BRASIL, 2010).

São aplicados pesos de pós-estratificação aos indivíduos entrevistados pelo sistema para corrigir, ao menos parcialmente, vícios nas estimativas para a população residente no município de Belo Horizonte, determinados pela não cobertura universal da rede telefônica. Quando dados individuais de um inquérito populacional são utilizados sem pesos, todos os indivíduos estudados contribuem da mesma forma para as estimativas geradas pelo inquérito. Este procedimento se aplica quando cada indivíduo estudado tenha tido a mesma probabilidade de ser selecionado para o estudo e quando as taxas de não cobertura do cadastro populacional empregado e as taxas de não participação no inquérito sejam iguais em todos os estratos da população. Quando essas situações não são observadas, como no caso do sistema VIGITEL, a atribuição de pesos para os indivíduos estudados é recomendada. O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado pelo VIGITEL é o resultado da multiplicação de três fatores. O primeiro desses fatores é o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado, o qual corrige a maior chance que indivíduos de domicílios com mais de uma linha telefônica tiveram de ser selecionados para a amostra. O segundo fator é o número de adultos no domicílio do entrevistado, o qual corrige a menor chance que indivíduos de domicílios habitados por mais pessoas tiveram de ser selecionados para a amostra. O terceiro fator de ponderação, empregado pelo sistema, denominado peso pós-estratificação, objetiva igualar a composição sócio-demográfica da amostra de adultos estudada pelo VIGITEL em cada cidade à composição sócio-demográfica da população adulta total da cidade. Para a obtenção deste fator, a amostra de indivíduos estudada pelo VIGITEL em cada cidade, já incorporando os dois fatores de ponderação mencionados anteriormente, foi distribuída em 36 categorias sócio-demográficas resultantes da estratificação da amostra segundo sexo (masculino e feminino), faixas etárias (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e 65 e mais anos de idade) e níveis de escolaridade (0-8, 9-11 e 12 ou mais anos de escolaridade).

Especificamente, para este estudo, utilizou-se como referência a PNAD de 2008, a fim de corrigir as diferenças no tamanho, na composição etária e de sexo no período intercensitário. O terceiro fator de ponderação veio a ser a razão observada, em cada uma das 36 categorias sócio-demográficas, entre a frequência relativa de indivíduos determinada para a amostra do Censo/PNAD e a frequência relativa determinada para a amostra VIGITEL. Razões maiores que a unidade corrigem a participação de indivíduos pertencentes a categorias sócio-demográficas sub-representadas na amostra VIGITEL (por exemplo, homens jovens

com baixa escolaridade), enquanto razões menores do que um corrigem a participação de indivíduos pertencentes a categorias super-representadas (por exemplo, mulheres idosas com alta escolaridade). A razão entre a frequência relativa de indivíduos da amostra VIGITEL e da amostra do Censo/PNAD em cada categoria sócio-demográfica permite a correção da sub ou super-representação de estratos sócio-demográficos no sistema VIGITEL decorrente da cobertura diferencial desses estratos pela rede telefônica. Entretanto, esta correção apenas “aproxima” as estimativas geradas pelo sistema das estimativas que seriam observadas caso a cobertura da rede telefônica fosse universal ou não apresentasse diferenças entre estratos populacionais. A aproximação será tanto maior quanto mais decisiva for a influência do sexo, idade e nível de escolaridade sobre a frequência dos eventos de interesse do sistema e quanto maior forem as semelhanças entre comportamento de indivíduos de mesmo sexo, idade e nível de escolaridade servidos e não servidos por linhas telefônicas. Por outro lado, a aplicação deste terceiro fator de ponderação, que iguala a composição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à composição da população total de cada cidade, também permite a correção da sub ou super-representação de categorias sócio-demográficas decorrente de diferenças nas taxas de sucesso do sistema (entrevistas realizadas/linhas telefônicas sorteadas) observadas entre os vários estratos sócio-demográficos. Todas as estimativas que fazem parte do sistema VIGITEL incorporam o peso final de ponderação resultante da multiplicação dos três fatores de ponderação detalhados nos parágrafos anteriores.

Foram realizadas pós-estratificação nas duas bases de dados, tanto naquela utilizada pelo Ministério da Saúde, ou na amostra total do VIGITEL para BH (n = 2000), quanto na base de dados (n = 288) específica do atual trabalho, visando aproximar dos dados populacionais do IBGE.

3.7.2 Análise estatística do estudo

No presente estudo, o banco de dados criado automaticamente por meio do software usado na entrevista foi importado e analisado, utilizando-se os programas Epi Info versão 3.3.2, *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 17.0 e *Statistical Software for Professionals* (STATA) versão 9.0.

Todas as análises foram realizadas com o uso dos fatores de ponderação descritos anteriormente e foi considerado o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

a) Caracterização da amostra estudada segundo as variáveis sócio-demográficas

A caracterização da amostra estudada foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas e dos respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) das variáveis sócio-demográficas segundo a classificação de usuário dos serviços de saúde em exclusivamente do SUS ou beneficiário da SS.

As diferenças estatísticas foram avaliadas usando-se os testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

b) Caracterização da amostra estudada segundo as variáveis de utilização dos serviços de saúde

A caracterização do acesso e da utilização dos serviços de saúde foi realizada com a apresentação de frequências absolutas e relativas e dos seus respectivos IC 95% do conjunto de variáveis que compõem esse grupo, segundo a classificação de usuário dos serviços de saúde em exclusivamente do SUS ou beneficiário da SS.

As diferenças estatísticas foram avaliadas usando-se os testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

c) Caracterização da amostra estudada segundo as variáveis de conhecimento, avaliação e utilização do Sistema Único de Saúde

A caracterização do conhecimento, avaliação e utilização do SUS foi realizada com a apresentação de frequências absolutas e relativas e dos seus respectivos IC 95% do conjunto de variáveis que compõem esse grupo, segundo a classificação de usuário dos serviços de saúde em exclusivamente do SUS ou beneficiário da SS.

As diferenças estatísticas foram avaliadas usando-se os testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

d) Análise multivariada

As diferenças nas características de acesso, utilização e avaliação dos serviços de saúde pelos usuários exclusivos do SUS e da SS foram, ainda, analisadas com o cálculo da Razão de Prevalência (RP) e de seus respectivos IC 95% com o auxílio da regressão multivariada de Poisson, ajustando-se as variáveis por sexo, idade e escolaridade.



Resultados

4 RESULTADOS

Pós-estratificação da Base de Dados

Para o estudo atual foi realizada pós-estratificação específica para a base de dados coletada ($n = 288$) e a FIG. 1 mostra a correção da composição demográfica da amostra. Assim a base de dados estudada tem a mesma composição etária da população de Belo Horizonte segundo a PNAD 2008 (IBGE, 2010) (FIG. 1).

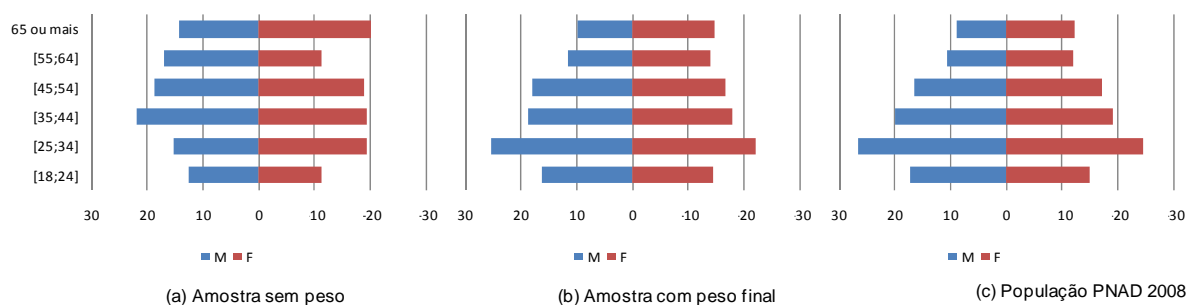


FIGURA 2 - Pirâmide populacional. Belo Horizonte, 2008

Fonte: Arquivo pessoal do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva/NUPESC da UFMG.

Nota: M - Masculino; F - Feminino; PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

4.1 Características da população estudada

4.1.1 Características gerais da população estudada

Participaram deste estudo 288 indivíduos com 18 ou mais anos de idade. Na TAB. 1 são apresentadas as características demográficas e socioeconômicas da população estudada.

Nela observa-se uma predominância de indivíduos do sexo feminino (54,2%), com idade menor que 45 anos (57,5%), entre 0 e 8 anos de estudo (39,1%), com estado civil casado (47,1%) e com cor da pele branca (49,0%).

TABELA 1
Características demográficas da população estudada. Belo Horizonte, 2009

Variáveis	Total		
	n	%	IC 95%
Sexo			
Masculino	118	45,8	35,3 - 46,9
Feminino	170	54,2	53,1 - 64,7
Faixa etária			
18 - 24	34	15,2	12,6 - 18,0
25 - 34	51	23,6	20,6 - 26,9
35 - 44	59	18,7	15,9 - 21,8
45 - 54	54	16,9	14,3 - 19,9
55 - 64	39	12,9	10,6 - 15,6
≥ 65	51	12,7	10,4 - 15,4
Escolaridade (anos estudo)			
0 - 8	97	39,1	35,5 - 42,8
9 - 11	108	35,3	31,8 - 39,0
≥ 12	80	25,6	22,5 - 29,0
Estado civil			
Solteiro	103	42,5	38,8 - 46,2
Casado	137	47,1	43,4 - 50,9
Separado	18	3,7	2,5 - 5,4
Viúvo	30	6,7	5,0 - 8,9
Cor de pele			
Branca	146	49,0	45,3 - 52,7
Negra	17	6,0	4,4 - 8,1
Parda ou morena	123	44,2	40,6 - 48,0
Amarela (ascendência oriental)	2	0,8	0,3 - 1,8

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%.

4.1.2 Características gerais da população estudada segundo modalidade de financiamento

Na TAB. 2 são realizadas comparações entre as características demográficas e socioeconômicas dos usuários exclusivos do SUS e beneficiários da SS.

TABELA 2
Características demográficas da população estudada segundo modalidade de financiamento do Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar. Belo Horizonte, 2009

Variáveis	Sistema Único de Saúde			Saúde Suplementar			p-valor*
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Sexo							0,114
Masculino	51	48,8	43,4 - 54,3	67	43,0	38,0 - 48,2	
Feminino	71	51,2	45,7 - 56,6	99	57,0	51,8 - 62,0	
Faixa etária							0,000
18 - 24	17	17,5	13,7 - 22,1	17	13,0	9,8 - 16,1	
25 - 34	28	30,3	25,5 - 35,5	23	17,6	13,9 - 21,9	
35 - 44	23	16,1	12,4 - 20,5	36	21,0	17,1 - 25,6	
45 - 54	24	16,8	13,1 - 21,3	30	17,0	13,5 - 21,3	
55 - 64	14	10,5	7,5 - 14,3	25	15,1	11,7 - 19,2	
≥ 65	16	8,8	6,1 - 12,5	35	16,3	12,7 - 20,5	
Escolaridade (anos estudo)							0,000
0 - 8	56	47,1	41,7 - 52,6	41	31,8	27,2 - 36,8	
9 - 11	50	38,7	33,5 - 44,1	58	32,3	27,7 - 37,3	
≥ 12	14	14,2	10,8 - 18,5	66	35,9	31,1 - 41,0	
Estado civil							0,000
Solteiro	52	54,0	48,5 - 59,4	51	32,1	27,4 - 37,1	
Casado	52	37,7	32,6 - 43,1	85	55,7	50,5 - 60,8	
Separado	7	2,5	1,2 - 5,0	11	4,7	2,9 - 7,5	
Viúvo	11	5,8	3,6 - 9,0	19	7,5	5,2 - 10,8	
Cor de pele							0,000
Branca	42	37,1	32,0 - 42,5	104	59,7	54,6 - 64,7	
Negra	8	5,7	3,6 - 8,9	9	6,3	4,1 - 9,3	
Parda ou morena	70	55,6	50,1 - 60,9	53	34,0	29,3 - 39,1	
Amarela (ascendência oriental)	2	1,6	0,6 - 3,8	0	0,0	-	

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; * Teste de qui-quadrado de Pearson para comparação Sistema Único de Saúde *versus* Saúde Suplementar.

Do total da amostra (288 indivíduos), 122 entrevistados (42,4%) eram usuários exclusivos do SUS e 166 beneficiários da SS (57,6%). Verificam-se diferenças significativas entre esses dois grupos de pessoas acerca da escolaridade, da cor de pele, do estado civil e da faixa etária ($p=0,000$). Nos usuários exclusivos do SUS tem-se uma grande parte de indivíduos com menor tempo de estudo, entre zero e oito anos (47,1%), uma maior porcentagem de pessoa da cor parda ou morena (51,8%), do estado civil solteiro (54,0%) e grande proporção de pessoas com idade menor que 55 anos (80,7%). Entre os beneficiários da

SS observa-se maior tempo de estudo, 12 ou mais anos (65,7%), predomínio de pessoas da cor branca (65,3%), com estado civil casado (55,7%) e maior proporção com idade maior que 55 anos (31,4%).

4.2 Utilização de serviços de saúde

4.2.1 Caracterização da utilização de serviços de saúde da população estudada

Entre os entrevistados, 23,7% relatou necessidade de algum serviço de saúde ou profissional de saúde para atendimento nas duas últimas semanas anteriores a participação no estudo. Destes 87,4% procuraram atendimento em serviços de saúde para está necessidade e a maior parte procurou nas unidades básicas de saúde (UBS) ou nos consultórios da SS (66,8%). A maior proporção das pessoas que procuraram atendimento teve sucesso na primeira tentativa (86,2%) e a maioria dos entrevistados avaliou positivamente o atendimento recebido (78,2%), conforme pode ser visto na FIG. 2.

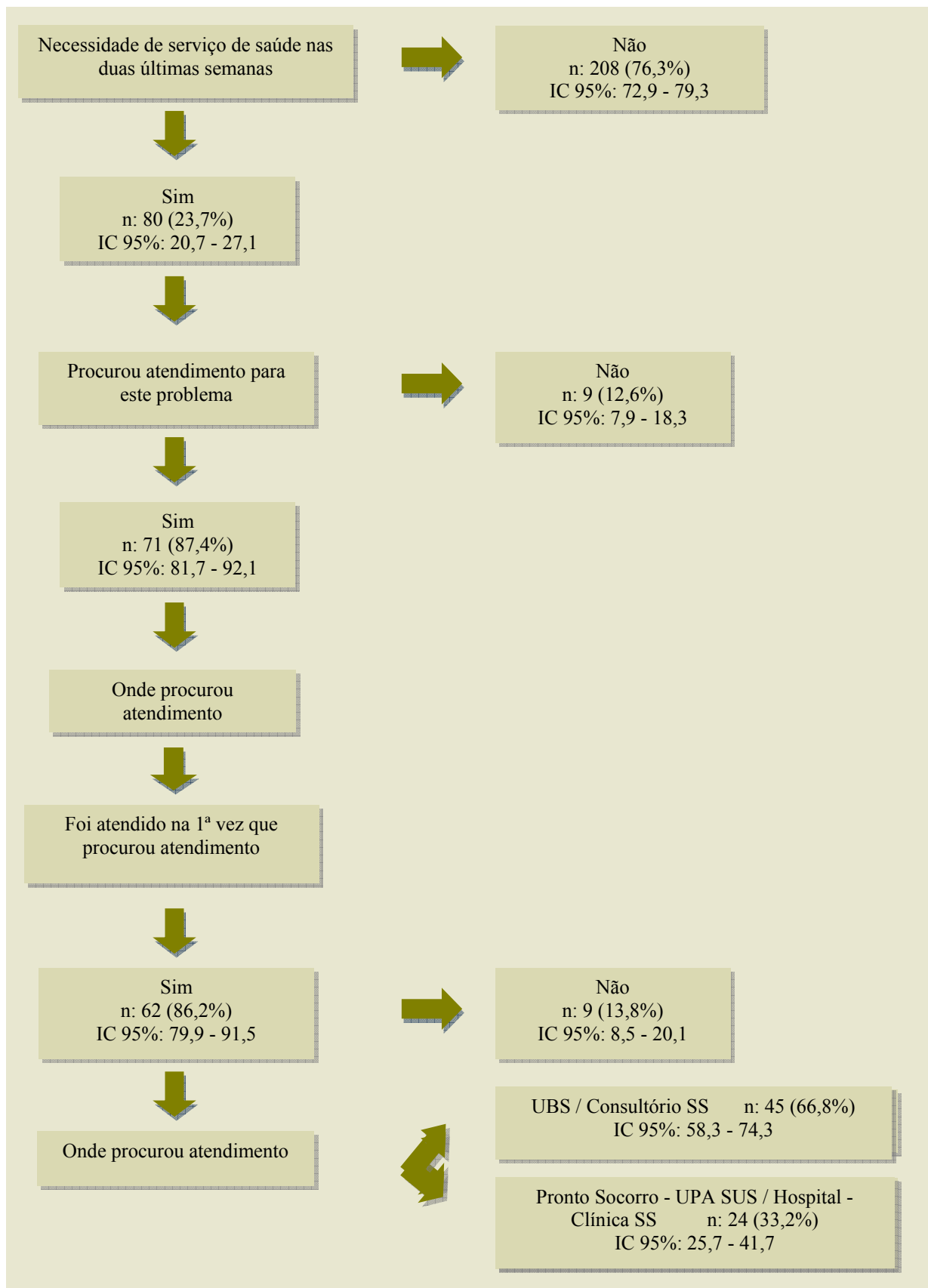


FIGURA 3 - Características de utilização de serviços de saúde da população estudada. Belo Horizonte, 2009

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; UBS - Unidade Básica de Saúde; SS - Saúde Suplementar; UPA - Unidade de Pronto Atendimento; SUS - Sistema Único de Saúde.

Quanto à realização ou pedido de exames complementares no atendimento recebido, apresentado no GRAF. 1, nota-se uma maior frequência: na realização de exames laboratoriais (50,2% IC 95% 41,1 - 59,0) e radiológicos (60,2% IC 95% 51,1 - 68,7). Observa-se, também, uma grande proporção de usuários encaminhados para especialistas ou outros serviços (39,9% IC 95% 31,4 - 49,0). O check up foi realizado em maior proporção (56,0% IC 95% 50,1 - 59,8) em menos de um ano GRAF. 2.

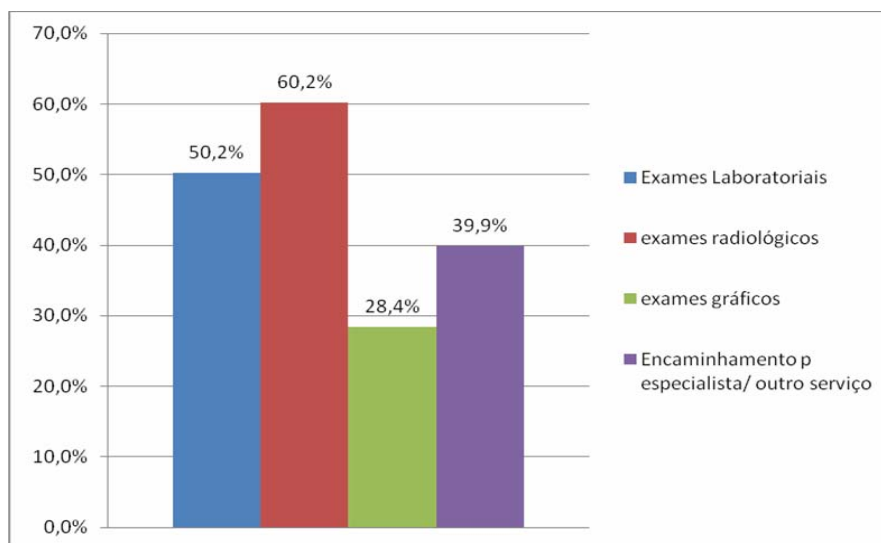


GRÁFICO 1 - Características de utilização de serviços de saúde da população estudada. Pedido ou realização de exames e encaminhamento para especialista ou outro serviço de saúde no atendimento recebido. Belo Horizonte, 2009

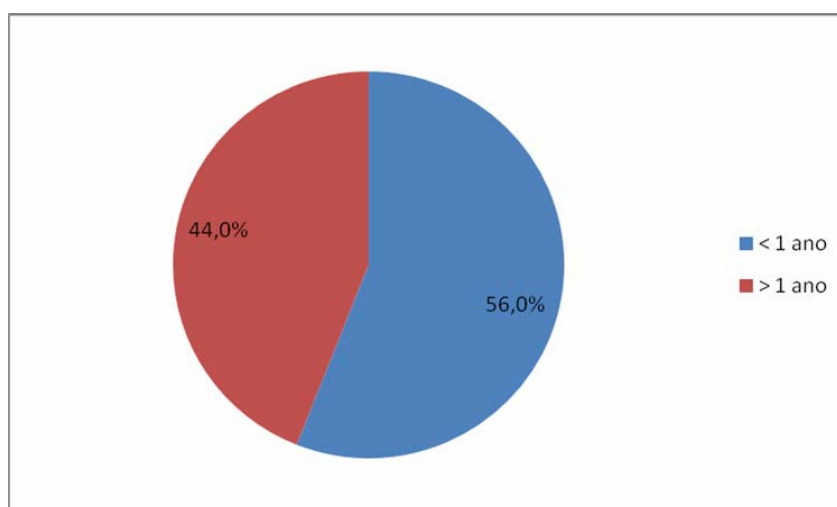


GRÁFICO 2 - Características de utilização de serviços de saúde da população estudada. Tempo de realização do último exame de rotina / check-up. Belo Horizonte, 2009

4.2.2 Caracterização da utilização de serviços de saúde segundo a modalidade de financiamento

Na TAB. 3 são realizadas comparações da utilização dos serviços de saúde entre os usuários exclusivos do SUS e beneficiários da SS.

TABELA 3
Características de utilização de serviços de saúde segundo modalidade de financiamento do Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar. Belo Horizonte, 2009

Variáveis	Sistema Único de Saúde			Saúde Suplementar			p-valor*
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Necessidade de serviço de saúde nas duas últimas semanas	42	28,0	23,3 - 33,1	38	19,9	16,0 - 24,4	0,012
Procurou atendimento para este problema	35	84,9	76,4 - 91,7	36	90,7	81,6 - 96,1	0,288
Onde procurou atendimento							0,000
UBS / Consultório da SS	29	83,2	72,7 - 90,2	16	46,0	33,3 - 58,9	
Pronto Socorro / Hospital / UPA do SUS / Clínica	6	16,8	9,8 - 27,3	18	54,0	41,1 - 66,7	
Foi atendido na 1ª vez que procurou atendimento	27	77,2	66,8 - 86,1	35	96,9	89,7 - 99,6	0,001
Neste atendimento foi pedido ou realizado:							
Exames laboratoriais	18	60,7	47,8 - 73,3	16	40,4	28,0 - 52,8	0,016
Exames radiológicos	20	72,0	59,6 - 83,1	18	49,0	36,3 - 61,5	0,007
Exames gráficos (ECG, EEG)	10	31,6	20,8 - 45,0	11	25,3	15,8 - 38,0	0,017
Encaminhamento para especialista / outro serviço	13	51,6	38,6 - 64,6	10	28,8	18,4 - 41,4	0,008
Como avalia este atendimento							0,098
Muito bom / bom	20	72,1	59,6 - 83,1	30	84,0	73,6 - 92,4	
Regular / ruim	7	27,9	16,9 - 40,4	5	16,0	7,6 - 26,4	
Há quanto tempo realizou exame de rotina / check up							0,001
Menos de um ano	58	50,6	44,9 - 56,4	103	61,6	56,3 - 66,7	
Mais de um ano	51	49,4	43,6 - 55,1	56	38,4	33,4 - 43,7	

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; * Teste de qui-quadrado de Pearson para comparação Sistema Único de Saúde *versus* Saúde Suplementar; UBS - Unidade Básica de Saúde; SS - Saúde Suplementar; UPA - Unidade de Pronto Atendimento; SUS - Sistema Único de Saúde; ECG - Eletrocardiograma; EEG - Eletroencefalograma.

Observou-se que os usuários exclusivos do SUS relataram maior necessidade de serviço de saúde (28,0%) em relação aos beneficiários da SS (19,9%) ($p < 0,05$). Entre os usuários exclusivos do SUS, 84,9% procuraram atendimento para este problema enquanto 90,7% dos beneficiários da SS procuraram. Percebe-se que o êxito no atendimento foi maior entre os beneficiários da SS (96,9%) em relação aos usuários exclusivos do SUS (77,2%) ($p = 0,001$). Houve diferenças também quanto ao local de procura pelo atendimento, os usuários do SUS buscaram atendimento com maior frequência no nível primário (83,2%), enquanto que os beneficiários da SS o fizeram no nível secundário/terciário (54,0%) ($p = 0,000$).

Quanto à realização ou pedido de exames complementares no atendimento recebido, nota-se uma maior frequência nos usuários exclusivos do SUS: na realização de exames laboratoriais (60,7%), e radiológicos (72,0%) em relação aos beneficiários da SS (40,4% e 49,0%, respectivamente) ($p < 0,05$). Nos atendimentos realizados pelo SUS nota-se uma grande proporção de usuários encaminhados para especialistas ou outros serviços (51,6%) e na SS apenas 28,8% tiveram este desfecho ($p = 0,008$). O check up foi realizado pelos beneficiários da SS, em maior proporção (61,6%), em menos de um ano e 50,6% dos usuários do SUS fizeram essa avaliação em menos de um ano ($p = 0,001$).

4.2.3 Análise da utilização de serviços de saúde

Na TAB. 4 são realizadas comparações da utilização dos serviços de saúde entre os usuários exclusivos do SUS e beneficiários da SS, ajustadas por sexo, idade e escolaridade.

Observa-se que, após esse ajuste, a necessidade de serviço de saúde nas duas últimas semanas, realização de exames laboratoriais, radiológicos e de rotina (check up) há mais de um ano deixaram de ser significativamente maior entre os usuários do SUS ($p > 0,05$).

Por outro lado, os usuários do SUS continuaram a procurar o primeiro atendimento mais frequentemente no nível primário (RP = 11,92, IC 95% = 3,29 - 43,24), a obter menor sucesso em conseguir atendimento na primeira procura (RP = 0,78, IC 95% = 0,62 - 0,97) e a serem mais encaminhados para especialista ou outro serviço de saúde (RP = 2,11, IC 95% = 1,08 - 4,11).

TABELA 4
Associação entre a modalidade de financiamento e as características de utilização de serviços de saúde (Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar). Belo Horizonte, 2009

Variáveis	Saúde Suplementar			Sistema Único de Saúde		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Necessidade de serviço de saúde nas duas últimas semanas	1,00	-	-	1,41	0,89 - 2,24	0,143
Procurou atendimento para este problema	1,00	-	-	0,91	0,76 - 1,09	0,307
Procurou atendimento na UBS / consultórios	1,00	-	-	11,92	3,29 - 43,24	0,000
Foi atendido na 1ª vez que procurou atendimento	1,00	-	-	0,78	0,62 - 0,97	0,027
Neste atendimento foi pedido ou realizado:						
Exames laboratoriais	1,00	-	-	1,40	0,83 - 2,36	0,201
Exames radiológicos	1,00	-	-	1,41	0,89 - 2,23	0,144
Exames gráficos (ECG, EEG)	1,00	-	-	1,05	0,44 - 2,47	0,917
Encaminhamento para especialista / outro serviço	1,00	-	-	2,11	1,08 - 4,11	0,027
Avalia positivamente o atendimento recebido	1,00	-	-	0,80	0,59 - 1,07	0,130
Realizou exame de rotina em menos de um ano	1,00	-	-	1,12	0,81 - 1,54	0,493

Nota: * Ajustado por sexo, idade e escolaridade; RP - Razão de Prevalência; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; UBS - Unidade Básica de Saúde; ECG - Eletrocardiograma; EEG - Eletroencefalograma.

4.3 Conhecimento e avaliação do Sistema Único de Saúde

4.3.1 Caracterização do conhecimento, avaliação e uso do Sistema Único de Saúde da população estudada

Na TAB. 5 são apresentados o nível de conhecimento, avaliação e utilização dos serviços do SUS pela população estudada.

Observa-se que a maior parte da população estudada relatou ter conhecimento sobre o que é SUS (76,2%), já utilizaram em algum momento um serviço do SUS (65,9%). Os serviços mais utilizados nos 12 últimos meses anteriores a pesquisa foram agente sanitário de saúde (57,0%) e vacinas (48,9%). Avaliaram negativamente o SUS na cidade de Belo Horizonte, 35,4% regular e 34,7% ruim / muito ruim. Com relação ao PSF, 39,8% relataram

conhecer ou ter ouvido falar e 31,5% recebeu visita do agente comunitário de saúde do PSF, mas a maior parte das pessoas entrevistadas fez uma avaliação negativa (74,7% ruim / muito ruim).

TABELA 5
Características de conhecimento, avaliação e uso de serviços do
Sistema Único de Saúde. Belo Horizonte, 2009

Variáveis	Total		
	n	%	IC 95%
Tem conhecimento sobre o que é SUS	229	76,2	72,9 - 79,3
Já usou algum serviço do SUS	184	65,9	62,3 - 69,4
Nos últimos 12 meses usou o SUS para:			
Consulta	81	27,3	24,5 - 31,2
Exames	66	21,4	18,5 - 24,6
Vacinas	136	48,9	45,2 - 52,6
Farmácia	61	18,0	15,3 - 21,1
Agente sanitário	148	57,0	53,3 - 60,6
Avaliação do SUS em BH:			
Muito bom / bom	84	29,9	26,5 - 33,5
Regular	89	35,4	31,8 - 39,1
Ruim / muito ruim	95	34,7	31,2 - 38,5
Conhece ou ouviu falar sobre o PSF	129	39,8	36,2 - 43,5
Recebeu visita do agente comunitário de saúde do PSF	37	31,5	26,3 - 37,4
Avaliação do PSF:			
Muito bom / bom	10	10,7	6,9 - 15,3
Regular	11	14,7	10,2 - 19,8
Ruim / muito ruim	81	74,7	68,4 - 80,1

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; SUS - Sistema Único de Saúde; BH - Belo Horizonte; PSF - Programa de Saúde da Família.

4.3.2 Caracterização do conhecimento, avaliação e uso do Sistema Único de Saúde segundo a modalidade de financiamento

Na TAB. 6 são apresentados o nível de conhecimento, avaliação e utilização dos serviços do SUS segundo a modalidade de financiamento.

Os beneficiários da SS relataram ter maior conhecimento (82,2%) sobre o SUS do que os usuários exclusivos desse sistema (69,6%) ($p=0,000$). Por outro lado, os serviços do SUS foram usados em maior frequência pelos seus usuários exclusivos (77,7%). Entretanto, destaca-se, também, um elevado percentual de utilização do SUS pelos beneficiários da SS

(43,9%) ($p=0,000$). Com relação à avaliação do SUS em BH, a maioria dos beneficiários da SS a fizeram de forma positiva (38,1% muito bom e bom), enquanto que os seus usuários exclusivos o classificaram de forma negativa (39,9% regular, 38,4% ruim e muito ruim) ($p=0,000$).

TABELA 6
Características de conhecimento, avaliação e uso de serviços do Sistema Único de Saúde segundo modalidade de financiamento. Belo Horizonte, 2009

Variáveis	Sistema Único de Saúde			Saúde Suplementar			p-valor*
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Tem conhecimento sobre o que é SUS	86	69,6	64,4 - 74,5	143	82,2	79,9 - 85,9	0,000
Já usou algum serviço do SUS	101	77,7	72,8 - 82,0	83	43,9	38,9 - 49,1	0,000
Nos últimos 12 meses usou o SUS para:							
Consulta	64	46,9	41,5 - 52,4	17	10,4	7,6 - 14,0	0,000
Exames	54	36,6	31,5 - 42,0	12	7,6	5,3 - 10,9	0,000
Vacinas	54	44,7	39,4 - 50,2	82	52,7	47,5 - 57,8	0,031
Farmácia	40	25,8	21,3 - 30,9	21	11,0	8,1 - 14,8	0,000
Agente sanitário	71	60,4	56,9 - 67,5	77	52,1	46,9 - 57,2	0,002
Avaliação do SUS em BH:							0,000
Muito bom / bom	25	21,7	17,5 - 26,6	59	38,1	32,9 - 43,5	
Regular	46	39,9	34,7 - 45,3	43	30,8	26,0 - 36,1	
Ruim / muito ruim	51	38,4	33,2 - 43,8	44	31,1	26,3 - 36,4	
Conhece ou ouviu falar sobre o PSF	45	32,9	28,0 - 38,3	84	46,0	40,9 - 51,2	0,000
Recebeu visita do agente comunitário de saúde do PSF	20	35,0	26,1 - 44,5	17	29,3	22,8 - 36,9	0,343
Avaliação do PSF:							0,005
Muito bom / bom	2	5,7	1,7 - 11,8	8	14,3	8,9 - 21,6	
Regular	3	9,0	4,4 - 17,0	8	18,8	12,7 - 26,7	
Ruim / muito ruim	36	85,3	70,7 - 91,8	45	66,9	58,4 - 75,1	

Nota: * Teste de qui-quadrado de Pearson para comparação Sistema Único de Saúde *versus* Saúde Suplementar; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; SUS - Sistema Único de Saúde; BH - Belo Horizonte; PSF - Programa de Saúde da Família.

Os usuários exclusivos dos SUS usavam este sistema em maior proporção para consultas (46,9%), exames (36,6%), farmácia (25,8%) e agente sanitário (60,4%) ($p < 0,05$). Os serviços do SUS mais utilizados pelos beneficiários da SS foram vacina (52,7%) e agente sanitário (52,1%) ($p < 0,05$).

No que diz respeito ao PSF, os beneficiários da SS relataram maior conhecimento deste programa (46,0%) do que os usuários do SUS (32,9%) ($p = 0,000$). Com relação à avaliação do PSF, destacou-se a pior avaliação dos usuários exclusivos do SUS (85,3% ruim e muito ruim) em relação aos beneficiários de SS (74,7% ruim e muito ruim) ($p = 0,005$).

4.3.3 Análise do conhecimento, avaliação e uso do Sistema Único de Saúde

Na TAB. 7 são apresentados o nível de conhecimento, avaliação e utilização dos serviços do SUS pela população estudada, ajustados por sexo, idade e escolaridade.

TABELA 7
Associação entre a modalidade de financiamento e as características de conhecimento, avaliação e uso de serviços do Sistema Único de Saúde. Belo Horizonte, 2009

Variáveis	Saúde Suplementar			Sistema Único de Saúde		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Tem conhecimento sobre o que é SUS	1,00	-	-	0,94	0,80 - 1,09	0,408
Já usou algum serviço do SUS	1,00	-	-	1,32	1,09 - 1,60	0,005
Nos últimos 12 meses usou o SUS para:						
Consulta	1,00	-	-	4,18	2,33 - 7,48	0,000
Exames	1,00	-	-	4,48	2,31 - 8,69	0,000
Vacinas	1,00	-	-	0,85	0,64 - 1,13	0,272
Farmácia	1,00	-	-	2,24	1,21 - 4,17	0,011
Agente sanitário	1,00	-	-	1,09	0,87 - 1,36	0,457
Avalia positivamente o SUS em BH	1,00	-	-	0,64	0,39 - 1,05	0,080
Conhece ou ouviu falar sobre o PSF	1,00	-	-	0,82	0,58 - 1,16	0,268
Recebeu visita do ACS do PSF	1,00	-	-	0,96	0,54 - 1,70	0,879
Avalia positivamente o PSF	1,00	-	-	0,45	0,13 - 1,51	0,195

Nota: * Ajustado por sexo, idade e escolaridade; RP - Razão de Prevalência; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; SUS - Sistema Único de Saúde; BH - Belo Horizonte; PSF - Programa de Saúde da Família.

Observa-se que, após esse ajuste, o conhecimento sobre o que é SUS e o PSF deixaram de ser significativamente maior entre os usuários da SS ($p > 0,05$). O mesmo ocorreu com as variáveis utilização de serviços do SUS para vacinação e visita do agente sanitário e avaliação do SUS e do PSF.

Por outro lado, a utilização de serviços do SUS em qualquer época ou nos últimos 12 meses para consulta, exames e farmácia continuaram proporcionalmente maiores entre seus usuários exclusivos ($p < 0,05$).

Discussão

5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram diferenças demográficas entre os usuários exclusivos do SUS e os beneficiários da SS em Belo Horizonte. Os usuários exclusivos SUS apresentaram menor escolaridade, eram mais jovens, solteiros e da cor de pele parda e morena. Já os beneficiários da SS tinham maior escolaridade, eram mais velhos, casados e da cor de pele branca. Além disso, houve igualdade na necessidade e na procura de serviços de saúde nas duas últimas semanas anteriores à realização do estudo, porém, o sucesso no atendimento foi maior entre os beneficiários da SS. Outro resultado de destaque foi a consolidação da atenção primária como porta de entrada na rede assistencial do SUS pelos seus usuários exclusivos em detrimento da maior procura pelos setores secundário e terciário entre os beneficiários da SS. No que diz respeito aos serviços utilizados, houve igualdade na realização de exames radiológicos, laboratoriais e do check-up em menos de um ano, do uso da vacina e do recebimento de visitas por agentes sanitários. Por outro lado, os usuários exclusivos do SUS foram encaminhados em maior frequência para consultas com especialistas e outros serviços de saúde. Ademais, houve, também, igualdade no conhecimento sobre o SUS e o PSF e na avaliação positiva do atendimento recebido.

5.1 Características sócio demográficas

Os achados no estudo atual em relação à distribuição etária de usuários entre o sistema com financiamento público e privado, com maior participação de jovens entre os usuários do SUS, podem ser explicados por diversos motivos: a existência de convênios médicos que atuam como mecanismo de salário indireto da parcela da população com emprego formal no mercado de trabalho (RIBEIRO *et al.*, 2006), concentrando trabalhadores na idade economicamente ativa, com planos custeados por empresas. A PNAD 2008 mostrou que a grande participação dos planos de saúde advém dos planos pagos pelas empresas, ou coletivos, cerca de 80% (MALTA *et al.*, 2011). As diferenças de fecundidade segundo escolaridade e renda (IBGE, 2009) também contribuem para maior participação de jovens de menor escolaridade e renda na população usuária do SUS. Além disto, a maior proporção de idosos nos usuários de plano de saúde se deve ao movimento das famílias e indivíduos no sentido de prover assistência privada aos idosos, procurando maior facilidade de acesso. Este

movimento, conhecido como “moral hazard”, ou risco moral, é descrito por outros autores (MALTA; JORGE, 2005, 2008, PINTO; SORANZ, 2004).

A maior escolaridade tem sido a característica mais fortemente associada à filiação a planos de saúde (BAHIA *et al.*, 2002, 2006; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002; LOUVISON *et al.*, 2008). Segundo Louvison *et al.* (2008), a maior escolaridade está relacionado a melhores condições socioeconômicas e vários outros estudos apontam que a utilização dos serviços de saúde é maior para pessoas com rendimento superior, favorecendo camadas mais privilegiadas, embora as pessoas mais pobres tendam a adoecer mais precocemente (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008a; IBGE, 2009; O’DONNELL, 2007; SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002). Nossos resultados são também corroborados por outros pesquisadores, com relação a menor escolaridade dos usuários exclusivos do SUS (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002; LOUVISON *et al.*, 2008; LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO, 2008). O estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2006), utilizando dados da PNAD 2003, apontou maior dificuldade de acesso entre os indivíduos com piores condições socioeconômicas. Os grupos de renda mais baixa também procuram menos os serviços de saúde (TRAVASSOS *et al.*, 2000). A PNAD 2008 também aponta o uso dos planos tende a aumentar com o aumento da renda (IBGE, 2010).

Ribeiro *et al.* (2006), também, observara que os usuários exclusivos do SUS incluíram, em sua maioria indivíduos da cor de pele preta e parda e mais jovens e entre os beneficiários da SS predominava brancos e com distribuição etária desviada para adultos e idosos. É sabido que a probabilidade de utilizar os serviços de saúde aumenta com a idade (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008b; FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; LOUVISON *et al.*, 2008; MENDOZA-SASSI; BERIA; BARROS, 2003). Espera-se que as pessoas idosas consultem mais em virtude da possibilidade de apresentarem doenças crônicas não transmissíveis, que por sua maior complexidade poderiam exigir um maior número de contatos médicos (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008a).

5.2 Utilização dos serviços de saúde

Cerca de um terço das pessoas entrevistadas sentiram necessidade de algum serviço de saúde nas duas últimas semanas, embora este percentual tenha sido maior entre os usuários do SUS, não apresentou diferença estatística após o ajuste, corroborando resultado de outros estudos realizados no Brasil (IBGE, 2005, 2010; RIBEIRO *et al.*, 2006).

No geral, 86,7% dos entrevistados procuraram os serviços de saúde tiveram sucesso no atendimento. Entretanto, essa porcentagem foi inferior a inferida pela PNAD 2008 (IBGE, 2010), na qual 97,5% das pessoas que procuraram por atendimento nas duas últimas semanas anteriores a pesquisa conseguiram atendimento. A atual pesquisa apresenta limites metodológicos, especialmente em relação ao tamanho amostral, e por tratar-se de entrevista telefônica. Estas questões podem em parte justificar a diferença entre a PNAD, por tratar-se de pesquisa domiciliar com grande número de entrevistas, apresentando resultados mais robustos. Entretanto, fica o alerta sobre a diferença, necessitando maiores estudos junto à população de Belo Horizonte, ainda mais considerando a maior proporção da população coberta por planos privados, onde se espera, justamente o oposto, maior facilidade de acesso.

Os beneficiários da saúde suplementar tiveram maior facilidade no acesso aos serviços. Szwarcwald *et al.* (2005) descrevem em inquérito domiciliar em quatro municípios no Rio de Janeiro, que usuários da SS tem maior facilidade e rapidez para utilização dos serviços. Este mesmo comportamento é descrito por Travassos *et al.* (2000), em análise dos dados da PNAD. As variações sociais na estrutura de consumo de serviços de saúde, provavelmente, exprimem desigualdades na qualidade do tratamento recebido. Estudos mostram que os mais pobres esperaram mais do que o dobro do tempo para serem atendidos (82,52 minutos em média para o grupo com menor renda e 34,88 minutos para o de maior renda) (TRAVASSOS *et al.*, 2000). Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006) também verificaram este padrão, comparando a população beneficiária de planos e aquelas atendidas pelo SUS. O tempo de espera para atendimento das pessoas com seguro privado é, em média, a metade do tempo das pessoas sem seguro. No estudo atual observou-se que a proporção de pessoas que utilizaram o serviço foi maior entre beneficiários de plano, não se mediu tempo de espera.

Diferenças na utilização dos serviços de saúde conforme a modalidade de financiamento também foram encontradas por outros pesquisadores (LIMA-COSTA, 2004; LOUVISON *et al.*, 2008; RIBEIRO *et al.*, 2006; VIACAVA; SOUZA-JUNIOR; SZWARCOWALD, 2005). Portanto, a cobertura por plano de saúde é um importante fator relacionado a diferenças no uso de serviços de saúde.

5.3 Porta de entrada nos serviços de saúde e serviços utilizados

Como era esperado os serviços de saúde do SUS foram mais utilizados pelos usuários exclusivos do SUS, mas observou-se que os beneficiários da SS também utilizam os serviços públicos. Ribeiro *et al.* (2006) ao estudar os dados da PNAD 2003 também encontrou resultado similar. Os tipos de serviços mais utilizados no SUS pelos seus usuários exclusivos foram consulta, exames e farmácia e os beneficiários da saúde suplementar utilizam em maior frequência vacina e agente sanitário, mostrando este tipo de serviço como universais e de amplo acesso.

Outro dado de destaque foi a igualdade no recebimento de visitas domiciliares por agentes do PSF entre os dois grupos, confirmando a grande cobertura do PSF em Belo Horizonte e atendimento além das áreas com população vulnerável.

No presente trabalho, a realização de check-up foi considerado como serviço preventivo à saúde, e observou-se igualdade na realização dos mesmos em menos que um ano para os dois grupos, após ajustes. Este resultado foi diferente dos encontrados por Lima-Costa (2004), no qual todos os serviços preventivos de saúde foram significativamente mais frequentes entre os filiados a planos e seguros de saúde, independente do sexo e da escolaridade.

A porta de entrada nos serviços de saúde também foi diferente, os usuários exclusivos do SUS utilizam a rede básica enquanto que os beneficiários da SS utilizam o nível secundário: ambulatorios, clínicas e hospitais privados. Este padrão foi observado em outros estudos (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; LOUVISON *et al.*, 2008; RIBEIRO *et al.*, 2006). O PSF surgiu em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, reorganizando os serviços de saúde na busca da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2000b, 2005). Acredita-se que o PSF em Belo Horizonte está diminuindo as desigualdades sociais e possibilitando uma cobertura mais equânime, minimizando as desigualdades existentes entre grupos que apresentam diferentes condições socioeconômicas.

Destaca-se que quase 70,0% dos entrevistados já usaram algum serviço do SUS, o que mostra a abrangência do SUS. E, além disto, a constatação de que cerca de 40,0% beneficiários de planos utilizam algum serviço do SUS. A utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários da saúde suplementar é esperada naqueles serviços nos quais a oferta do SUS é universal como as visita do agente sanitário (controle de dengue e vacinação). A utilização de serviços voltados para a população usuária do SUS como: consultas, exames e

farmácia é menor, mas existe e se caracteriza por possibilidade de dupla entrada dos usuários de planos, aumentando a desigualdade na distribuição dos recursos.

Os indivíduos cobertos por plano de saúde também apresentam estrutura de consumo diferente dos indivíduos não cobertos. Esta estrutura é semelhante à estrutura do grupo de mais alta renda e caracteriza-se por menor consumo de serviços hospitalares e maior consumo de serviços em clínicas e consultório privado (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

A análise do gasto privado com planos de saúde e medicamentos na PNAD mostram que os mais pobres pagam em média valores inferiores, têm direito a um elenco mais reduzido e menos diversificado de serviços, e o peso desse gasto na renda domiciliar tende a ser excessivamente alto (TRAVASSOS *et al.*, 2000). Os gastos com medicamentos têm um padrão semelhante ao padrão de gastos com plano de saúde, o que significa que os mais pobres, que têm mais morbidade e que portanto teriam maior necessidade de consumir medicamentos, tendem a gastar menos com este item. O estudo atual mostrou ainda que o acesso à medicamentos ofertados ao SUS também é utilizado por beneficiários dos planos, o que pode agravar estas desigualdades, por gerar menor disponibilidade destes itens aos que mais necessitam.

Destacamos maior proporção de encaminhamentos para outros serviços e especialidades nos usuários do SUS, que entre beneficiários de planos. O que pode denotar maior qualidade dos serviços prestados pela SS, além da porta de entrada da SS que na grande maioria composta por especialistas, enquanto no SUS, os médicos da porta de entrada tendem a ser generalistas, ou da Saúde da Família, revelando maior necessidade de segunda opinião. Este resultado precisa ser melhor compreendido em futuros estudos, mostrando menor resolutividade dos profissionais que atendem na atenção primária no SUS BH.

5.4 Avaliação e conhecimento dos serviços

Quando os serviços são utilizados a avaliação do atendimento recebido é elevada. A avaliação de serviços mostrou que o SUS é melhor avaliado pela população que tem planos de saúde na análise descritiva. Quando se faz o ajuste por sexo, idade e escolaridade a diferença estatística desaparece. Provavelmente pelo tamanho da amostra. A melhor avaliação do SUS pelos usuários de planos pode se dever aos serviços acessados por eles e que são bem avaliados como: vacina e agente sanitários (serviços de zoonoses, prevenção contra a dengue).

Da mesma forma uma alta proporção dos beneficiários de planos de saúde conhecem, ou já ouviram falar do PSF. O que também pode ser atribuído à maior acesso à informações.

Entretanto, este ponto merece destaque, pois especialmente em Belo Horizonte, a cobertura do PSF está mais voltada para a população residente em áreas de maior risco social mais vulneráveis, portanto espera-se maior conhecimento do PSF justamente por aqueles que seriam o público alvo (MARTINS JÚNIOR *et al.*, 1998).

Lima-Costa e Loyola Filho (2008) em estudo realizado na região metropolitana de Belo Horizonte com usuários exclusivos do SUS mostraram que 68% das pessoas que tiveram consulta médica nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa recomendariam a maioria ou todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento, sendo considerado avaliação positiva do atendimento recebido. A PNAD 2008 apontou para resultados ainda melhores, com avaliação positiva de 86,4% das pessoas atendidas (IBGE, 2010). Já Gouveia *et al.* (2005) encontraram em relação à assistência ambulatorial que os usuários do SUS referem menor grau de satisfação em todos os aspectos quando comparados aos usuários do sistema privado.

O estudo atual mostra padrões distintos de acesso e utilização de serviços, a população coberta por planos apresenta maior facilidade na utilização, além de contar com dupla possibilidade de entrada, os serviços do SUS e também aqueles ofertados pelos planos contratados. Esta característica acentua a desigualdade.

A implementação dos princípios do SUS, como um sistema pautado na universalização do atendimento à saúde dos cidadãos, inscrita como direito constitucional, depende de uma regulação pública efetiva do sistema, reduzindo as iniquidades em saúde.

5.5 Limites do estudo

Esse estudo possui algumas limitações, dentre elas o fato de usar entrevistas telefônicas, incluindo apenas os indivíduos que possuem telefone fixo, o que pode reduzir a participação de populações de baixa renda, especialmente nas áreas mais pobres da cidade. Porém, este viés foi minimizado por meio da utilização dos fatores de expansão utilizados no Vigitel (Brasil, 2010). Outro limite refere-se ao tamanho amostral, foram utilizadas três réplicas que são amostras representativas da população, mas, eventos mais raros, podem ter a sua precisão reduzida e, no caso de acesso e uso de serviços, lidamos com eventos que se referem à parcela pequena da população e ao estratificar pelas dimensões público e privado, encontramos pequenos número de eventos, o que resultou em intervalos de confiança muito amplos. Assim, embora tenhamos encontrado diferenças nas frequências público e privado, os

intervalos de confiança se superpuseram, não possibilitando confirmar a diferença, o que sugere que estudos com amostras mais amplas deverão ser ainda conduzidos.

Conclusão

6 CONCLUSÃO

Com base nos resultados encontrados no presente estudo pode-se concluir que:

- Na população de Belo Horizonte estudada, existe diferenças demográficas entre os usuários exclusivos do SUS e os beneficiários da SS.
- As diferenças demográficas mais marcantes foram idade, escolaridade, cor de pele e estado civil.
- Os beneficiários da SS tem maior utilização dos serviços de saúde, ou seja, sucesso em conseguir o atendimento, apesar da igualdade na necessidade e busca pelos dois grupos.
- A atenção primária está consolidada como porta de entrada aos serviços de saúde pelos usuários exclusivos do SUS.
- O uso de serviços de vacina e agente sanitário se mostraram universais e de amplo acesso a toda população.
- Os exames preventivos e de rastreamento, check-up, em menos de um ano foram similares para os dois grupos.
- O atendimento recebido foi avaliado positivamente independente do sistema de financiamento.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, set./out. 2008.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the Model Behavioral and Access to Medical Care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 36, n.1, p. 1-10, mar. 1995.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in United States. **The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society**, New York, v. 51, n. 1, p. 95-124, dec./mar. 1973.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR/ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, 2010. 60 p.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, jul. 2003.
- BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.
- _____. *et al.* Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 671-686, 2002.
- _____. *et al.* O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 951-965, out./dez. 2006.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- _____. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 set. 1990.
- _____. **Lei nº 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Brasília, 2000a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Ações prioritárias na atenção básica em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. 24 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 84 p.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas**. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 157 p.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 88 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 150 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

COSTA, N. R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1453-1462, set./out. 2008.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 353-363, fev. 2008a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jan. 2011.

_____. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 51-59, dez. 2008b. Suplemento 2.

DONABEDIAN, A. **Na introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003. 200 p.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, ago. 2009.

FIRMO, J. O. A.; BARRETO, S. M.; LIMA-COSTA, M. F. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 817-827, may/june 2003.

GOMES, L. J. M. Belo Horizonte: a Cidade Descrita - Documentos de uma História Urbana. Anuário Estatístico de Belo Horizonte. PBH 2000.

GOUVEIA, G. C. *et al.* Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. S109-S118, out. 2005. Suplemento 1.

HULKA, B.; WHEAT, J. Patterns of utilization: the patient perspective. **Medical Care**, Philadelphia, v. 23, n. 5, p. 438-460, may 1985.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 1998**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 236 p.

_____. **Pesquisa nacional por amostras de domicílios: acesso e utilização dos serviços de saúde 2003**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 172 p.

_____. **Síntese de indicadores sociais**. 2009. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2010.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. 250 p.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda F. *et al.* The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 177-186, fev. 2002.

LIMA-COSTA, M. F. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 857-864, dez. 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 813-824, out. 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I. de. Fatores associados ao uso e à satisfação com serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 247-257, out./dez. 2008.

LOUVISON, M. C. P. *et al.* Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, ago. 2008.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo**

Horizonte, 1993 - 1996. 2001. 437 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2001.

_____. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, abr./jun. 2004.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. No prelo.

MALTA, D. C.; JORGE, A. O. O mercado de saúde suplementar e análise dos dados das operadoras selecionadas. In: BRASIL. **Duas Faces da Moeda: Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar/ANS.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. p. 37-60.

_____. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1535-1542, out. 2008.

MARMOT, M. Health in an unequal World. **Lancet**, London, v. 368, n. 9552, p. 2081-2094, dec. 2006.

MARTINS JÚNIOR, J. S. *et al.* **Construção de índice de vulnerabilidade à saúde para delimitação de áreas homogêneas:** o caso de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 1998. 8 p.

MENDES, A. C. G. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, abr./jun. 2009.

MENDOZA-SASSI, R.; BERIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 372-378, june 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2011.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2820-2834, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2010.

PINTO, L. P.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-96, fev. 2004.

- RIBEIRO, M. C. S. A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, out./dez. 2006.
- SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, set./out. 2008.
- SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 757-776, nov. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2010.
- STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, oct. 2005.
- SZWARCWALD, C. L. *et al.* Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. S54-S64, 2005. Supplementum 1.
- SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 643-655, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300013&lng=en>. Acesso em: 21 nov. 2010.
- TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, jan./mar. 2000.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, ago. 2004. Suplemento 2.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, out. 2007.
- TURCI, M. A. **Avanços e Desafios na organização da atenção da Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. 432p.
- VIACAVA, F.; SOUZA-JUNIOR, P. R. B. de; SZWARCOWALD, C. L. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the

World Health Survey. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. S119-S128, nov. 2005. Suplemento 1.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation**, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, aug. 1992.



Anexo

ANEXO

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP


Parecer nº. ETIC 013/07

**Interessado(a): Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Depto Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem -UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 14 de março de 2007, o projeto de pesquisa intitulado "A Regulação em Saúde produzida pela ANS e sua repercussão no mercado de saúde suplementar e visão dos usuários " bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP-UFMG

APÊNDICE**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****ENTREVISTA - SERVIÇOS DE SAÚDE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

1. Alô, o número do seu telefone é _____?
2. Posso falar com o(a) Sr(a) _____?
3. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é _____, e eu estou falando em nome da Universidade Federal de Minas Gerais. No dia ____/____, o(a) Sr(a) respondeu uma entrevista por telefone para o Ministério da Saúde o VIGITEL e nós ficamos de dar continuidade ao trabalho com algumas informações mais detalhadas sobre sua saúde. Deve demorar no máximo sete minutos. Podemos começar?
 sim Início: _____ Fim: _____ não
Qual o melhor dia e horário para conversarmos?
Data ____/____ Dia da semana _____ **Agradeça e encerre.**
RETORNAR no dia e horário indicado (Reiniciar 1).
4. Nas duas últimas semanas, o (a) Sr(a) sentiu necessidade de algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde?
 sim não (passe para 15) NS/NR
5. Qual destes motivos explica melhor por que o(a) Sr(a) sentiu necessidade de atendimento de saúde? (anotar o mais recente)
 febre, diarreia, tosse, amigdalite
 vacinação
 pré-natal, parto, saúde da mulher
 doença cardíaca
 pressão alta, diabetes, colesterol elevado (crônicas)
 tratamento dos dentes
 realização de cirurgia
 check-up, rotina
 dor repentina, ferimento, fratura
 problema respiratório
 depressão, nervosismo, saúde mental
 outro - **Qual ?** _____
 NS/NR
6. O(a) Sr(a) procurou atendimento para este problema?
 sim não (passe para 14) NS/NR (passe para 14)
7. Onde o(a) Sr(a) procurou o primeiro atendimento de saúde para esse problema?
() unidade básica de saúde (posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família)
() hospital ou clínica credenciada ao plano de saúde
() consultório médico (credenciado ao plano de saúde/ particular)
() ambulatório CEM - Centro de especialidades médicas (especialidades)
() pronto socorro/emergência/UPA (Pronto atendimento)
() atendimento domiciliar
() outro - **Qual ?** _____
() NS/NR
8. Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, o(a) Sr(a) foi atendido (a)?
 sim não (passe para 13) NS/NR

9. O(a) Sr(a) pagou diretamente pelo atendimento recebido?

- sim, integralmente (passe para 11)
 sim, parcialmente
 não
 NS/NR

10. Quem cobriu os gastos deste atendimento?

- SUS/Sistema Único de Saúde (Atendimento Público e Gratuito)
 plano de saúde pago pela empresa que trabalha Qual Plano (puxar da listagem): _____
 Plano de saúde pago por mim Qual Plano (puxar da listagem): _____
 outro - Qual ? _____
 NS/NR

11. Neste atendimento foi pedido ou realizado

	Sim	Não	NS/NR
11a. Exame laboratorial (sangue, fezes, urina)	1	2	9
11b. Exame radiológico (raio x, tomografia, ultra-som)	1	2	9
11c. Exame gráfico (eletrocardiograma, eletroencefalograma)	1	2	9
11d. Encaminhamento para outro serviço ou especialista	1	2	9
11e. Outro procedimento <u>Qual ?</u> _____	1	2	9

12. O que o(a) Sr(a) achou do atendimento recebido?

- muito bom (passe para 15)
 bom (passe para 15)
 regular (passe para 15)
 ruim (passe para 15)
 muito ruim (passe para 15)
 NS/NR (passe para 15)

13. Por que o(a) Sr(a) não foi atendido no serviço que procurou?

- não conseguiu vaga/senha (passe para 15)
 não tinha médico/profissional atendendo (passe para 15)
 não tinha o profissional/serviço que precisava (passe para 15)
 o equipamento/serviço não estava funcionando (passe para 15)
 não podia pagar (passe para 15)
 esperou muito e desistiu (passe para 15)
 o plano de saúde não autorizou o atendimento (passe para 15)
 outro: _____ (passe para 15)
 NS/NR (passe para 15)

14. Por que não procurou por atendimento?

- nunca fui atendido
 nunca tem médico
 não tinha como ir
 outros: _____

15. O(a) Sr(a) foi internado(a)/hospitalizado(a) nos últimos 12 meses?

- sim não (passe para 20) NS/NR

16. Quantas vezes?

- hospitalizações NS/NR

17. Qual foi o principal motivo da última internação/hospitalização?

- parto
 cirurgia
 acidente/violência/trauma
 cuidados clínicos
 outro: _____

18. O(a) Sr(a) pagou diretamente por esta internação/hospitalização?

- sim, integralmente (passe para 20)
 sim, parcialmente
 não
 NS/NR

19. Quem cobriu os gastos desta internação/hospitalização?

- SUS/Sistema Único de Saúde (Atendimento Público e Gratuito)
 plano de saúde pago pela empresa que trabalha Qual Plano (puxar da listagem): _____
 Plano de saúde pago por mim Qual Plano (puxar da listagem): _____
 outro - Qual ? _____
 NS/NR

20. Tem alguma pessoa que o(a) Sr(a) considera seu médico (ou provedor) de atenção médica de sua confiança?

- sim, só uma
 sim, mais de uma
 não
 não sabe/não está seguro(a)
 se nega a dizer

21. Quando foi a última vez que foi ao médico para fazer um exame de rotina ou check-up? (Um check-up de rotina é um exame de saúde geral, que não se realiza em consequência a uma lesão, enfermidade ou afecção específica).

- menos de 1 ano
 entre 1 e 2 anos
 entre 3 e 5 anos
 mais de 5 anos
 nunca fez
 não sabe/não está seguro(a)
 se nega a dizer

22. O(a) Sr(a) tem algum plano médico de saúde?

- SUS/Sistema Único de Saúde (Atendimento Público e Gratuito)
 plano de saúde pago pela empresa que trabalha Qual Plano (puxar da listagem): _____
 plano de saúde pago por mim Qual Plano (puxar da listagem): _____
 outro - Qual ? _____
 NS/NR

23. Quem paga seu plano médico de saúde?

- o(a) Sr(a)
 sua família (pais, irmãos, filhos)
 sua empresa
 outros - Qual ? _____
-

- () sim
 () não
 () não sabe/não está seguro/a
 () se nega a dizer

25. Quanto que o(a) Sr(a) está satisfeito com o serviço prestado pelo seu plano médico de saúde?

- () muito satisfeito
 () satisfeito
 () nem satisfeito, nem insatisfeito
 () insatisfeito
 () muito insatisfeito
 () NS/NR

26. O(a) Sr(a) tem algum plano de saúde odontológico?

- () sim - Qual: _____
 () não (passe para q28) (Se não na q22 vai para q29)
 () não sabe/não está seguro(a)
 () se nega a dizer

27. Quem paga seu plano de saúde odontológico?

- () o(a) Sr(a)
 () sua família (pais, irmãos, filhos)
 () sua empresa
 () outros - **Qual ?** _____

28. Participa de algum programa de promoção da saúde e prevenção de doenças oferecido pelo seu plano de saúde? (bater com Sexo)

	Sim	Não	NS/NR
28a. Programa em saúde materna (para gestantes) - só p/ mulheres	1	2	9
28b. Programa em saúde infantil	1	2	9
28c. Programa em saúde bucal	1	2	9
28d. Programa para hipertensos	1	2	9
28e. Programa para diabéticos	1	2	9
28f. Programa da mulher, prevenção de câncer de colo de útero, mama - só p/ mulheres	1	2	9
28g. Programa para câncer de próstata - só p/ homens	1	2	9
28h. Programa pra câncer de cólon e reto	1	2	9
28i. Programa de prevenção de tabagismo	1	2	9
28j. Programa de atividade física	1	2	9
28k. Programa de saúde mental	1	2	9
28l. Outro - Qual ?			

29. O(a) Sr(a) tem algum conhecimento sobre o que é o SUS, o Sistema Único de Saúde do Brasil?

- sim
 não
 NS/NR

30. O(a) Sr(a) já usou algum serviço do SUS?

- sim
 não
 NS/NR

31. Nos últimos doze meses, o(a) Sr(a) utilizou alguns destes serviços no sistema público de saúde?

	Sim	Não	NS/NR
31a. consulta	1	2	9
31b. exames	1	2	9
31c. hospitalização	1	2	9
31d. vacina	1	2	9
31e. farmácia	1	2	9
31f. atendimento em grupo	1	2	9
31g. agente sanitário	1	2	9
31h. outro - Qual ? _____	1	2	9

32. Participa de algum programa de promoção da saúde e prevenção de doenças oferecido pelo sistema público de saúde / SUS?

	Sim	Não	NS/NR
32a. Programa em saúde materna - só p/ mulheres	1	2	9
32b. Programa em saúde infantil	1	2	9
32c. Programa em saúde bucal	1	2	9
32d. Programa para hipertensos	1	2	9
32e. Programa para diabéticos	1	2	9
32f. Programa saúde da mulher, prevenção de câncer de colo de útero, mama - só p/ mulheres			
32g. Programa para câncer de próstata - só p/ homens			
32h. Programa pra câncer de cólon e reto			
32i. Programa de prevenção de tabagismo			
32j. Programa de atividade física/academias da cidade			
32k. Programa de saúde mental			
32l. outro - Qual ?			

33. Qual a avaliação que o(a) Sr(a) faz do Serviço Público de Saúde / SUS no município de Belo Horizonte?

- ótimo/muito bom
- bom
- regular
- ruim
- muito ruim
- NS/NR

34. O Sr(a) sabe o que ou já ouviu falar sobre o PSF, o Programa de Saúde da Família?

- sim
- não
- NS/NR

Se = não → encerre

35. O(a) Sr(a) já recebeu alguma visita do agente comunitário de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF)?

- sim
- não
- NS/NR

36. O que o(a) Sr(a) acha do Programa de Saúde da Família (PSF)?

- ótimo/muito bom
- bom
- regular
- ruim
- muito ruim
- NS/NR

Sr(a) _____ chegamos ao final da entrevista. Agradecemos muito pela sua participação. Se tivermos alguma dúvida, voltaremos a lhe telefonar. Por favor, anote o telefone da Universidade Federal de Minas Gerais caso necessite algum esclarecimento sobre esta avaliação. O número é 3409-9862.

Agradeça novamente e encerre.