
Comentários

O IBGE e o Ministério da Saúde decidiram pela inclusão na PNAD 2003 de um novo suplemento para gerar informações de base populacional atualizada sobre acesso e utilização de serviços de saúde, repetindo a experiência bem-sucedida de 1998. Anteriormente, a pesquisa de base nacional sobre saúde e serviços de saúde havia sido a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - PNSN, realizada em 1989.

O questionário utilizado em 2003 manteve essencialmente a mesma estrutura do aplicado em 1998. As alterações mais importantes foram a inclusão de investigação relativa ao acesso a serviços preventivos de saúde, para as mulheres de 25 anos ou mais de idade, e a exclusão do bloco que investigava os gastos privados em saúde.

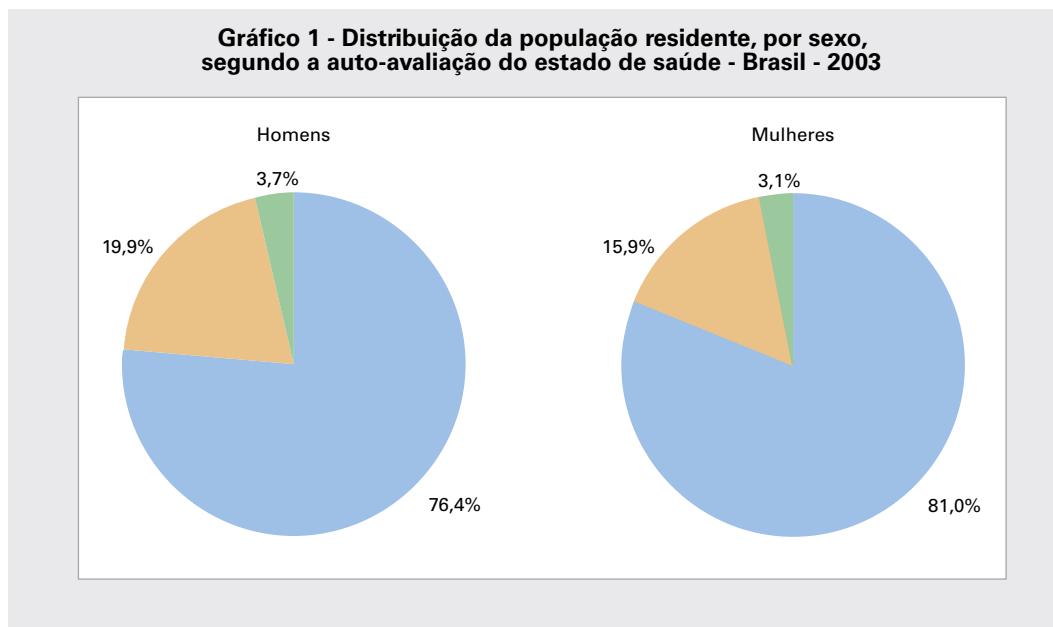
Os objetivos do suplemento de 2003 permaneceram os mesmos do suplemento anterior:

- Produzir dados de base populacional sobre o acesso aos serviços de saúde no País;
- Conhecer a cobertura de grupos populacionais por diferentes modalidades de planos de seguro de saúde, dimensionando a população segurada;
- Delinear o perfil de necessidades de saúde da população brasileira, avaliado subjetivamente através de restrição de atividades habituais por motivo de saúde, auto-avaliação da situação de saúde, limitação de atividades físicas rotineiras e doenças crônicas referidas; e
- Produzir dados de base populacional sobre a utilização de serviços de saúde.

A seguir, apresenta-se uma primeira apreciação dos resultados da pesquisa suplementar de Saúde da PNAD 2003, procurando, ao final, destacar as principais alterações registradas em relação à pesquisa realizada em 1998. As diferenças entre o questionário aplicado em 2003 e o anterior são apresentadas, com maior detalhe, ao final do comentário.

Necessidades de saúde

A população brasileira residente, em 2003, foi estimada em 176 milhões de habitantes. Destes, 78,6% dos indivíduos entrevistados auto-avaliaram o seu estado de saúde como sendo "muito bom e bom" e 3,4% como "ruim ou muito ruim". Para facilidade de exposição, denominar-se-á "índice de auto-avaliação satisfatória do estado de saúde" ao percentual, em cada categoria de análise, dos que auto-avaliaram o seu estado de saúde como "muito bom e bom".



■ Muito bom e bom ■ Regular ■ Ruim e muito ruim

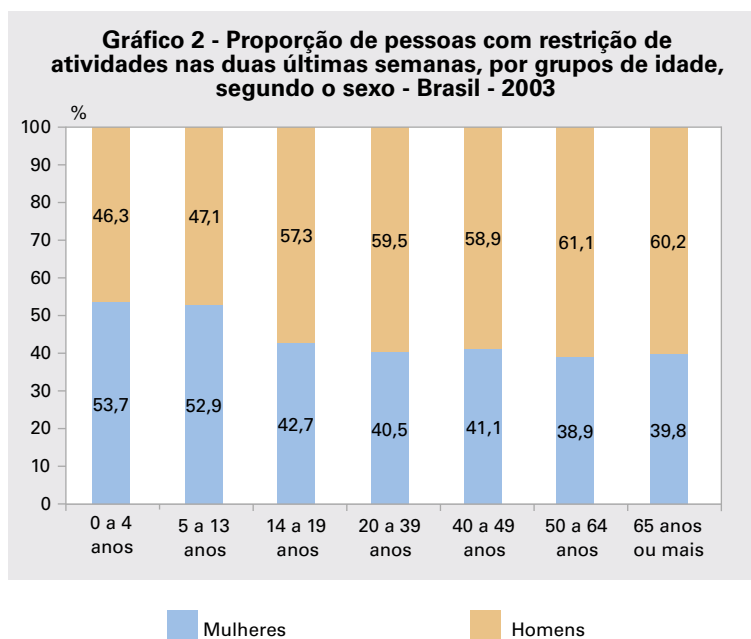
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

Nota: Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Os homens apresentaram um "índice de auto-avaliação satisfatória do estado de saúde" maior do que as mulheres (81,0% e 76,3%, respectivamente). Este índice diferia muito pouco entre os dois sexos até os 13 anos de idade, ficando em torno de 91,0%, entretanto, a partir de 14 anos, as mulheres apresentaram invariavelmente menores valores do que os homens. Observou-se, ainda, que na medida em que aumentava a faixa de idade, o decréscimo do "índice de auto-avaliação satisfatória do estado de saúde" era monotônico, tanto para os homens quanto para as mulheres. No grupo com idade superior a 64 anos, o índice era de 42,3%, para homens, e 39,6%, para as mulheres. Constatou-se variação no

indicador entre os residentes em áreas rurais (75,1%) e urbanas (79,3%). Cabe observar, também, que o índice apresentou uma associação direta com os níveis de rendimento familiar mensal, variando de 72,7% a 91,6%, na classe de rendimentos até um salário mínimo e na classe superior a 20 salários, respectivamente.

A proporção de pessoas que tiveram as suas atividades habituais restringidas por motivo de saúde, nas duas semanas que antecederam à data da entrevista, foi de 6,9%. Observou-se, também, para esta variável, variação entre os sexos e entre as diferentes faixas etárias. O padrão por idade apresentou uma forma em **J**, com níveis menores nos grupos de idade de 5 a 19 anos, aumentando, então, progressivamente, chegando a 14,0 % no grupo de 65 anos ou mais de idade. Maior proporção de mulheres (7,6%) referiram restrição de atividades por motivo de saúde do que os homens (6,1%), no entanto, o percentual de homens com restrição de atividade entre os menores de 5 anos era maior (8,4%) do que o de mulheres na mesma faixa de idade (7,5%). Dos 5 anos de idade até o início do período reprodutivo (após os 13 anos), as mulheres apresentaram proporções muito parecidas às dos homens. Entretanto, a partir desta idade, a parcela de mulheres com restrição de atividades por motivo de saúde foi sempre maior do que a dos homens na mesma situação.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

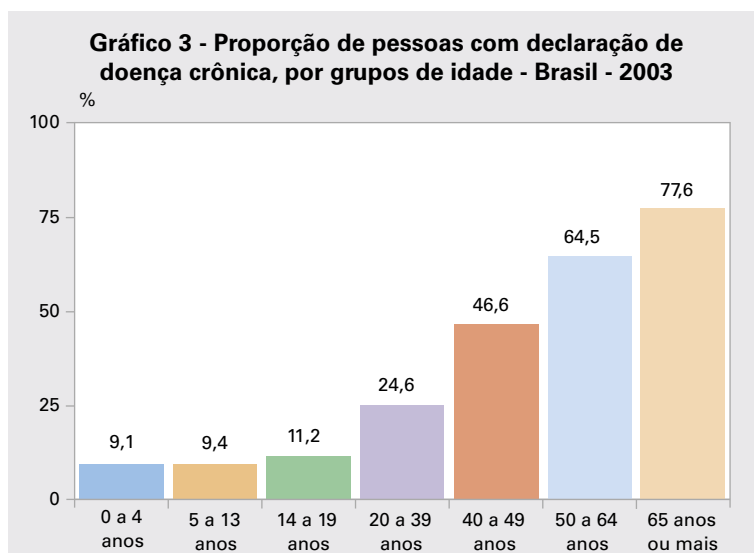
Nota: Exclusivo a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

A relação da proporção de pessoas com restrição de atividade por motivo de saúde com os níveis de renda familiar mensal era inversa, isto é, aumentava de forma monotônica com a diminuição dos rendimentos. Na classe de rendimento familiar até 1 salário mínimo a proporção foi de 8,8%, enquanto e na classe superior a 20 salários foi de 4,7%.

O número médio de dias com restrição de atividades por motivo de saúde, nas duas semanas que antecederam à entrevista, foi de 5,4 dias. As crianças menores de 5 anos permaneceram, em média, mais dias com restrição (4,5

dias) do que as pessoas entre 5 e 19 anos (4,0 dias). A partir dos 20 anos, a média de dias com restrição de atividades por motivo de saúde aumentou com a idade e atingiu 7,7 dias nas faixas etárias mais velhas. Os resultados apontaram diferenciais por sexo no número médio de dias com restrição, com os homens apresentando maior média (5,7 dias) comparativamente às mulheres (5,2 dias). Este padrão permaneceu em todas as faixas de idade, apenas os grupos de crianças menores de 5 anos não mostraram diferencial entre os sexos. Vale destacar o fato de que apesar de uma maior proporção de mulheres referir restrição de atividades por motivo de saúde do que os homens, estes referiam, em média, mais dias de restrição do que as mulheres. O tempo médio de restrição por motivo de saúde não apresentou diferenças em relação ao rendimento mensal familiar.

Aproximadamente, 29,9% da população brasileira reportou ser portadora de pelo menos uma doença crônica. Verificou-se que esta proporção aumentava com a idade e variava segundo os sexos, sendo maior para as mulheres (33,9%) do que para os homens (25,7%), entretanto, até a idade de 13 anos, a parcela de mulheres com doença crônica era menor e, repetindo o padrão das demais variáveis de estado de saúde, superava a dos homens em todos os grupos etários a partir de 14 anos. Verificou-se, ainda, uma relação direta entre proporção de pessoas com doença crônica e rendimento mensal familiar, 26,7%, entre aqueles com rendimento de um salário mínimo ou menos, alcançando 33,6%, entre aqueles de 10 e 20 salários. Para a classe de rendimento superior a 20 salários, o indicador foi de 32,4%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

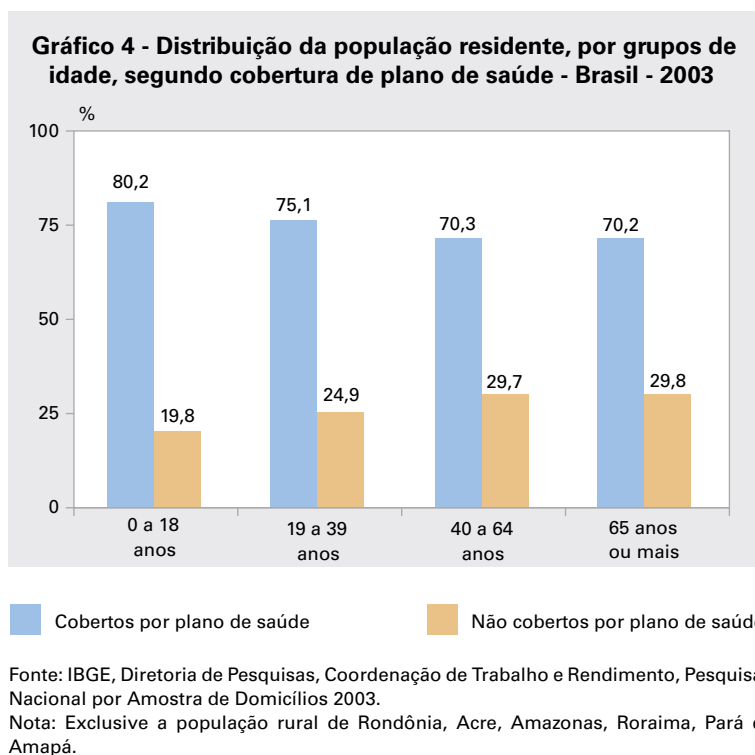
Nota: Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Entre os que reportaram doenças crônicas, 18,5% informaram ter 3 ou mais doenças, sendo este percentual de 13,4% para os homens e de 22,1% para as mulheres. Até os 13 anos de idade, esta proporção era menor para as mulheres, mas superava a dos homens nos demais grupos etários, reiterando o padrão já descrito nas demais variáveis do estado de saúde. Verificou-se, ainda, uma relação

inversa entre estes percentuais e o rendimento mensal familiar, sendo de 20,6% para a classe de rendimento inferior e de 14,9% para a classe de renda superior.

Cobertura por plano de saúde

A PNAD 2003 estimou em 43,2 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 24,6% da população do País. Destes, 34,2 milhões de pessoas (79,2%) estavam vinculados a planos de saúde privado, individual ou coletivo. Os restantes, 9 milhões de pessoas (20,8%), estavam cobertos por planos de instituição de assistência ao servidor público (municipal, estadual ou militar). A cobertura por plano de saúde era expressivamente maior (28,0%) na população residente em áreas urbanas, comparativamente aos que residiam nas áreas rurais (6,0%).



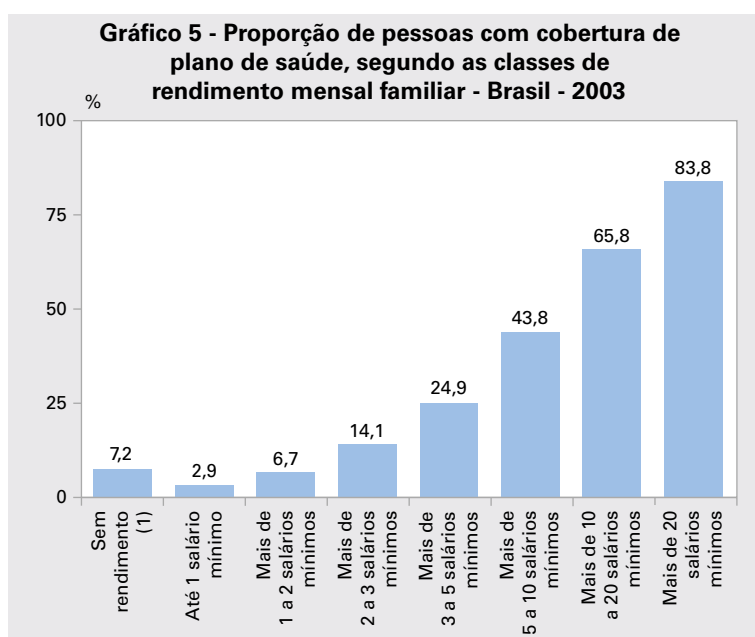
A cobertura por plano de saúde foi um pouco maior entre as mulheres (25,9%) do que entre os homens (23,1%) e aumentou com a idade. Em 2003, variou de 19,8%, entre as pessoas menores de 19 anos, a 29,8%, entre as pessoas com 64 anos ou mais. No grupo de 40 a 64 anos de idade, esta cobertura era semelhante à cobertura dos mais idosos (29,7%).

A cobertura por plano de saúde era maior para as pessoas que avaliaram seu estado de saúde como muito bom e bom (26,2%) e diminuiu na medida em que a auto-avaliação do estado de saúde piorou: 19,1% para os que consideraram seu estado de saúde como regular e 14,1% para os que o consideraram ruim ou muito ruim.

Dentre as pessoas cobertas por plano de saúde, 44% eram titulares. A faixa de idade com maior concentração de titulares foi a de 40 a 64 anos (63,9%).

Eram titulares 53,7% dos homens cobertos por planos e 36,5% das mulheres. Por outro lado, entre os dependentes (55,6% das pessoas cobertas por plano) a faixa de idade de 0 a 18 anos concentrava a maior proporção de pessoas.

Observou-se, também, uma forte associação positiva entre cobertura de plano de saúde e rendimento familiar, isto é, quanto maior o rendimento maior a cobertura por plano de saúde. Na classe de rendimento familiar inferior a 1 salário mínimo a cobertura era de 2,9%, enquanto na classe de 20 salários mínimos ou mais atingia 83,8% das pessoas, marcando um perfil de desigualdade social no acesso da população à Saúde Suplementar.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

Notas: 1. Exclusiva a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

2. Excluiu os rendimentos das pessoas de menos de 10 anos de idade e das pessoas cuja condição na família era pensionista, empregado doméstico e parente do empregado doméstico.

(1) Inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Entre as pessoas cobertas por plano de instituição de assistência ao servidor público, 39,9% eram titulares, e entre aquelas cobertas por planos privados, 45,6% eram titulares. A faixa de idade com maior concentração de titulares nos planos de instituição de assistência ao servidor público foi a de 40 a 64 anos, e nos planos privados, a de 19 a 39 anos. Cerca de 44,8% dos homens cobertos por plano de instituição de assistência ao servidor público eram titulares enquanto naqueles cobertos por planos privados esta proporção foi de 56,0%. Entre as mulheres, não havia diferença expressiva em sua participação como titular nos plano de instituição de assistência ao servidor público (35,9%) e nos planos privados (36,7%).

Em 50,1% dos casos, o pagamento da mensalidade dos planos privados de saúde, nos planos com titulares com 10 anos ou mais (18,5 milhões de pessoas), era efetuado através do trabalho atual ou anterior do titular (planos coletivos), e em 49,8% dos casos pago diretamente à operadora pelo titular ou por outras pessoas (planos individuais).

Do total de planos de saúde (19,1 milhões), em 21,0% dos casos o pagamento da mensalidade era feito integralmente pelo empregador ou por terceiros. Nos casos em que o plano foi adquirido através do trabalho (planos coletivos), em 18,9% dos casos o empregador era o único financiador. Nas classes de rendimento mensal familiar mais baixas, a participação integral do empregador foi maior (26,6%).

O valor do desembolso para o pagamento da mensalidade do plano efetuado pelo titular ou por terceiros, que não o empregador, variou entre R\$ 50,00 e R\$ 200,00, em 33,9% dos casos. Apenas em 2,0% dos casos, este valor foi igual ou superior a R\$ 500,00. De forma geral, o valor do desembolso aumentou com a classe de rendimento familiar.

Nos planos com intermediação do empregador o valor do desembolso tendia a ser menor do que nos outros casos. Enquanto 21,0% dos casos com plano de saúde através do empregador desembolsavam mais de R\$ 100,00 por mês, esta proporção se elevou para 41,7% nos outros casos.

Entre os titulares – com 10 anos ou mais – que trabalhavam na administração pública e em educação, saúde e serviços sociais 64,0% e 40,1%, respectivamente, eram vinculados a planos de instituição de assistência ao servidor público. A participação dos planos privados foi muito mais expressiva quando os titulares trabalhavam em outros grupamentos de atividade.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

Nota: Exclui-se a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

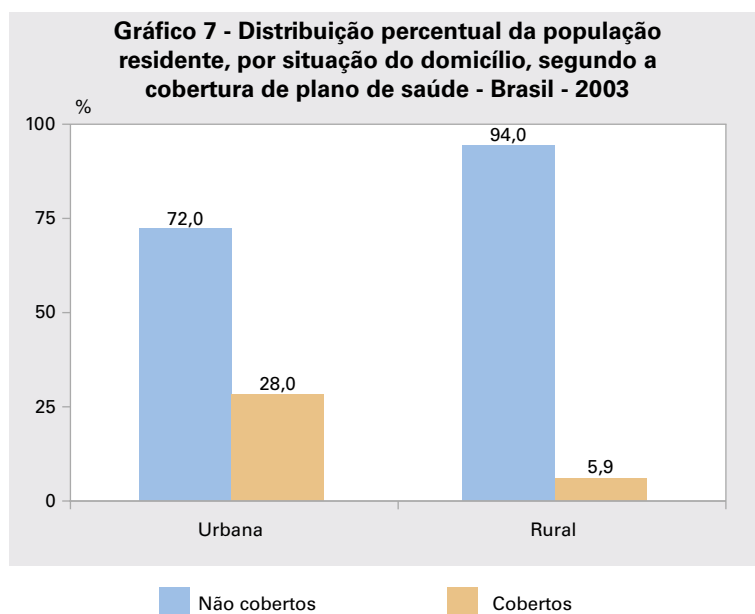
Entre os titulares dos planos privados – com 10 anos ou mais – que trabalhavam em atividades agrícolas e nos serviços domésticos 65,8% e 58,8%, respectivamente, eram vinculados a planos **sem** intermediação do empregador. Nos demais grupamentos de atividade, a participação dos planos **com**

intermediação do empregador foi mais expressiva, com destaque para os grupamentos da indústria e do transporte. Nos grupamentos de serviços; comércio; administração pública; e educação, saúde e serviços sociais, a participação dos planos **com** e **sem** intermediação do empregador era igualmente expressiva.

Considerando-se a abrangência do contrato, 90,6% dos planos de saúde, exceto os odontológicos, ofereciam um pacote que incluía consultas médicas, exames complementares e internação hospitalar, sem variação por sexo e idade do titular. Nos planos com desembolso mensal de até R\$ 30,00 este percentual foi de 74,0%. Nestes planos, os contratos com abrangência restrita a consultas médicas e exames complementares correspondiam a 19,6%.

Os contratos mais frequentes envolviam serviços próprios e credenciados, sem reembolso (49,1%). Os planos de saúde cujo contrato envolvia unicamente o reembolso de gastos com serviços de saúde representavam apenas 0,24%. Nesta modalidade, 17,2% dos contratos abrangiam apenas internação hospitalar.

O co-pagamento estava presente em 24,5% dos planos e era mais frequente em planos que abrangiam apenas consultas médicas (46,3%) e menos frequente nos que envolviam apenas internações hospitalares (14,7%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

Nota: Exclusivo a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Acesso e utilização de serviços de saúde

Considerando o total da população brasileira, 79,3% (139,5 milhões de habitantes) declararam ter um serviço de saúde de uso regular. Destes, 35% eram menores de 19 anos e 52,5% eram mulheres. Não se verificou variação expressiva entre as faixas de rendimento mensal familiar.

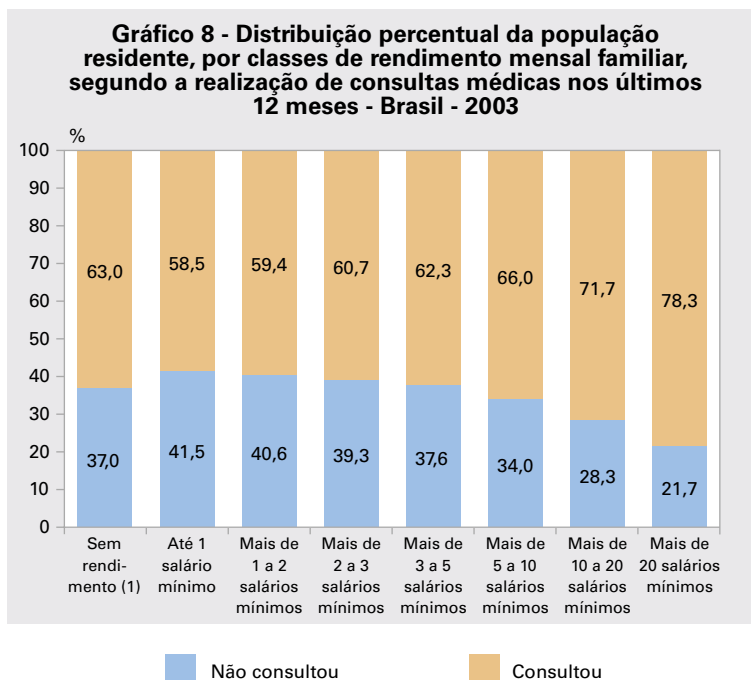
Os Postos ou Centros de Saúde foram os serviços majoritariamente referidos pela população como serviços de uso regular (52,4%), seguidos, em ordem de importância, pelos Consultórios Particulares (18%), Ambulatórios de Hospitais (16,9%), Pronto Socorro ou Emergência (5,8%), Ambulatório ou Consultório de Clínicas (4,4%) e Farmácia (1,4%).

Nos Postos de Saúde, dentre as pessoas que têm um serviço de saúde de uso regular, os menores de 19 anos correspondiam ao grupo etário mais freqüente, enquanto nos Consultórios Privados os mais freqüentes eram os maiores de 19 anos.

No conjunto de pessoas que têm um serviço de saúde de uso regular, as mulheres indicaram com mais freqüência do que os homens o Posto de Saúde (58,9% e 52,5%, respectivamente), enquanto os homens indicaram com mais freqüência do que as mulheres o Ambulatório do Hospital (17,2% e 16,6%, respectivamente), o Consultório Particular (16,9% e 14,2%, respectivamente) e o Pronto Socorro ou Emergência (6,2% e 5,4%, respectivamente).

Os Postos ou Centros de Saúde e os Ambulatórios de Hospitais foram referidos com maior freqüência como serviços de saúde de uso regular à medida que o rendimento mensal familiar caía e, inversamente, os Consultórios Particulares e os Ambulatórios de Clínicas foram referidos com maior freqüência como serviços de saúde de uso regular à medida que este rendimento aumentava.

Nos 12 meses que antecederam a entrevista, 62,8% da população brasileira declararam ter consultado um médico. Esta proporção foi maior entre os menores de 5 anos (77,7%) e entre os maiores de 64 anos (79,5%). A parcela de mulheres que consultaram médico no último ano foi de 71,2% e a dos homens, 54,1%. Na população urbana esta participação foi de 64,9% e na população rural, de 51,6%. Verificou-se, ainda, a relação direta entre a proporção de pessoas que consultaram médico no último ano e o rendimento familiar que variou de 58,5% nas pessoas na classe de até 1 salário mínimo a 78,3% na classe de mais de 20 salários mínimos.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

Notas: 1. Exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

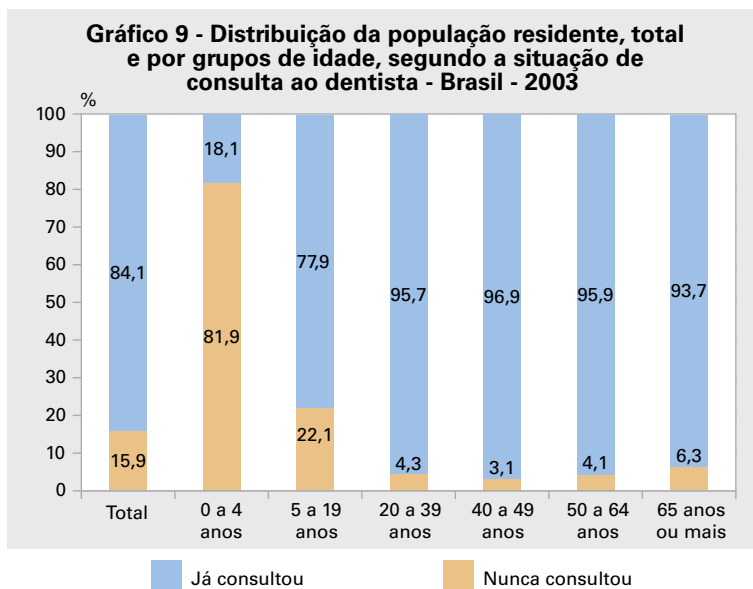
2. Exclusive os rendimentos das pessoas de menos de 10 anos de idade e das pessoas cuja condição na família era pensionista, empregado doméstico e parente do empregado doméstico.

(1) Inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Com relação à frequência de consultas médicas no ano, observou-se que o número de consultas aumentava com a idade, verificando-se que entre os adultos com mais de 50 anos, 5,1% declararam ter feito 13 consultas ou mais, sendo que no caso da população maior de 65 anos, essa proporção foi de 6,6%.

O número de consultas médicas *per capita*¹ na população foi de 2,4, sendo mais alto nos grupos de 0 a 4 anos (3,4) e no de 65 anos e mais (4,1). As mulheres apresentaram um maior número de consultas médicas *per capita* (3,0) do que os homens (1,9) e a população urbana também apresentou maior número de consultas médicas *per capita* (2,6) do que a rural (1,8). Com relação às classes de rendimento mensal familiar, verificou-se um crescimento deste número que variou de 2,2 para as pessoas com até 1 salário mínimo a 3,1 para pessoas com mais de 20 salários mínimos.

Uma parcela expressiva dos brasileiros (15,9%) declarou nunca ter feito uma consulta ao dentista – equivalente a 27,9 milhões de pessoas. Esta proporção era de 81,8% nos menores de 5 anos e 22,1% no grupo etário de 5 a 19 anos. Entre as pessoas com mais de 64 anos, 6,3% nunca consultaram um dentista. Verificou-se, também, diferença entre os sexos, sendo que 17,5% dos homens e 14,3% das mulheres nunca consultaram dentista. Na população urbana 13,6% das pessoas nunca consultaram dentista e na população rural, 28,0% das pessoas. Enquanto 31% da população com rendimento mensal familiar até 1 salário mínimo declararam nunca ter feito uma consulta odontológica, essa proporção caiu para 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a 20 salários mínimos.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

Nota: Exclusiva a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Dentre os que consultaram dentista há mais tempo – 3 anos ou mais – houve maior concentração de pessoas residentes em áreas rurais, de homens, pessoas com renda familiar mensal mais baixa e pessoas em idades mais avançadas.

¹ A média aritmética para dados agrupados foi calculada fixando o limite superior da última categoria (13 ou mais) em 15 consultas.

Exames preventivos

O Suplemento Saúde da PNAD 2003 incluiu um conjunto de perguntas sobre exame clínico de mama, mamografia e exame preventivo para câncer de colo de útero para as mulheres acima de 24 anos de idade.

Exame clínico de mamas

No Brasil, 65,6% das mulheres com 40 anos ou mais referiram já ter se submetido a exame clínico das mamas realizado por médico ou enfermeiro. Destas, 57,4% declararam que o exame foi realizado há menos de 1 ano, 31,2% que este foi realizado entre 1 e 3 anos e 11,4% havia 4 anos ou mais. Conclui-se que a cobertura de exame clínico das mamas no último ano, nestas mulheres, foi de 37,7%. É importante mencionar que 34,4% das mulheres nesta faixa etária nunca foram submetidas a um exame clínico de mamas por profissional de saúde.

A proporção de mulheres com 40 anos ou mais que já realizou este exame alguma vez na vida variou com a Unidade da Federação de residência. As menores proporções ocorreram nos Estados do Maranhão (37,4%) e de Alagoas (37,8%) e as maiores nos Estados do Rio de Janeiro (77,6%) e São Paulo (78,9%) e no Distrito Federal (81,9 %).

A análise mostrou que no Brasil, em 2003, a realização de exames de mamas por profissionais de saúde estava positivamente associada à escolaridade, indicando graves desigualdades no cuidado preventivo. Apenas 36,8% das mulheres sem escolaridade e com mais de 24 anos realizaram este exame, enquanto 90,0% das mulheres com 15 anos ou mais de escolaridade, na mesma faixa etária, foram submetidas a este exame alguma vez em suas vidas. Este gradiente social está presente em quase todas as Unidades da Federação.

Mamografia

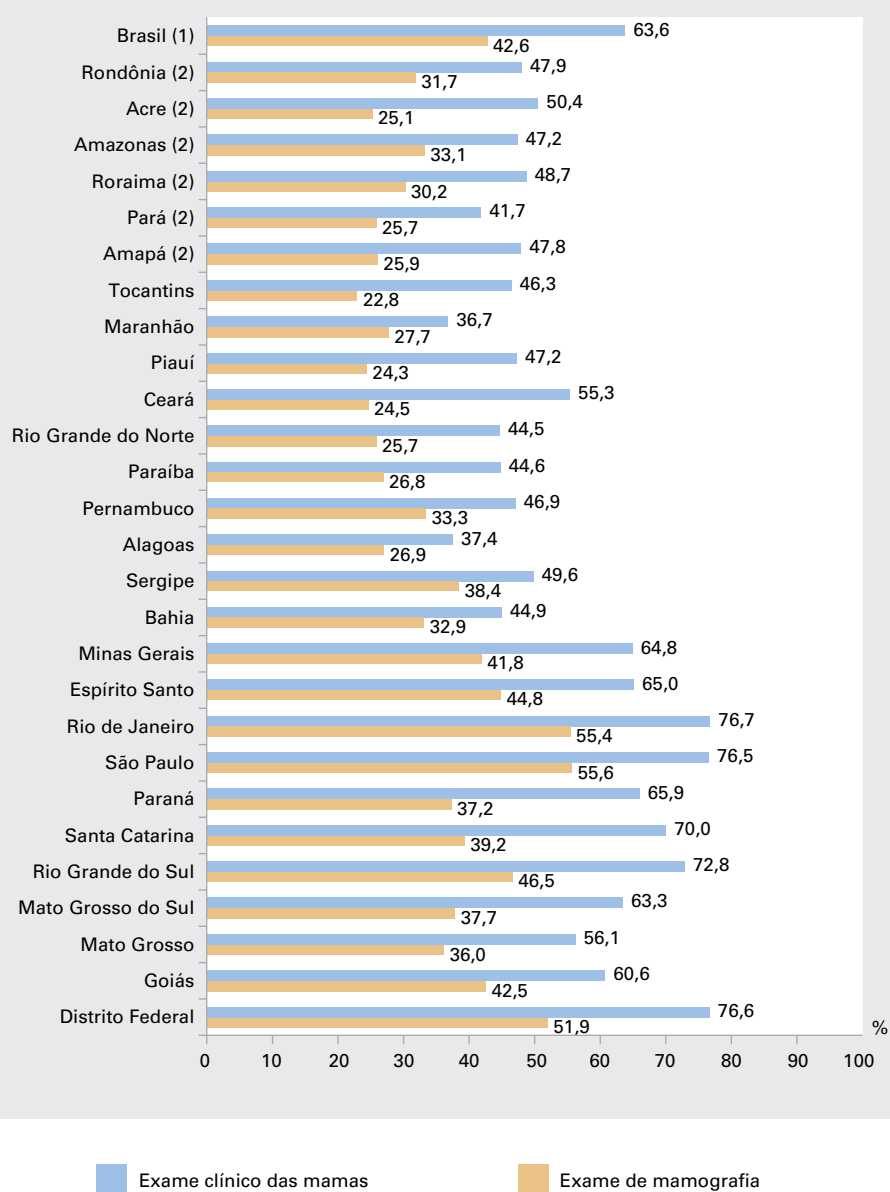
No Brasil, 50,3% das mulheres de 50 anos e mais referiram já ter se submetido a um exame de mamografia alguma vez em suas vidas. Destas, 55,9% declararam que o exame foi realizado há menos de 1 ano, 26,0% que este foi realizado entre 1 e 2 anos e 18,1% que este foi realizado há 3 anos ou mais. Conclui-se que a cobertura de mamografia nos últimos 2 anos nestas mulheres foi de 41,2%. Destaca-se que 49,7% das mulheres nesta faixa etária nunca foram submetidas a um exame de mamografia.

A proporção de mulheres que já realizou este exame alguma vez na vida variou com a Unidade da Federação de residência. As menores proporções de realização deste exame ocorreram nos Estados do Tocantins (24,8%), do Maranhão e da Paraíba (25,7% em ambos) e as maiores nos Estados do Rio de Janeiro (61,0%), São Paulo (67,0%) e no Distrito Federal (71,6%).

No Brasil, a realização de exames de mamografia também estava positivamente associada à escolaridade. Apenas 24,3% das mulheres sem esco-

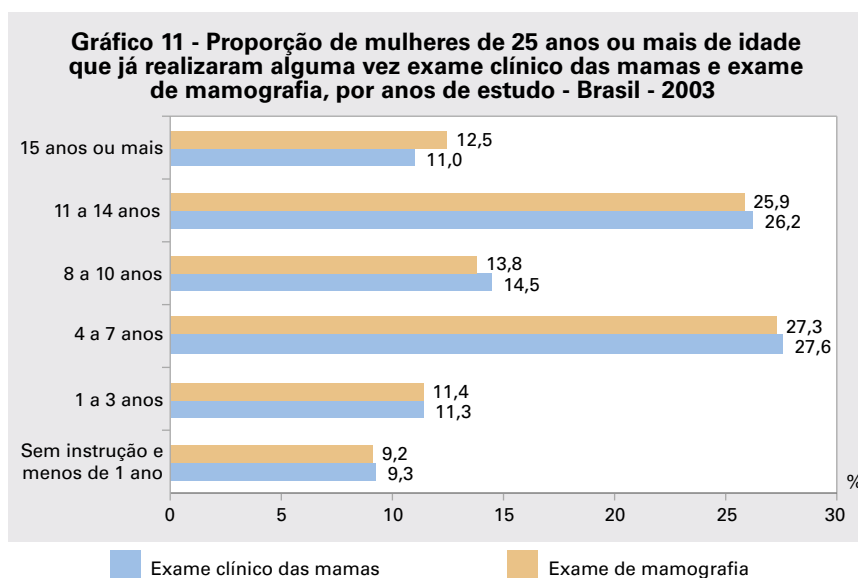
laridade e com mais de 24 anos realizaram este exame, enquanto 68,1% das mulheres com 15 anos ou mais de escolaridade, na mesma faixa etária, foram submetidas a este exame alguma vez em suas vidas. Este gradiente social estava presente em quase todas as Unidades da Federação.

Gráfico 10 - Distribuição percentual das mulheres de 25 anos ou mais de idade, por realização de exame clínico das mamas e exame de mamografia alguma vez, total e por Unidades da Federação - 2003



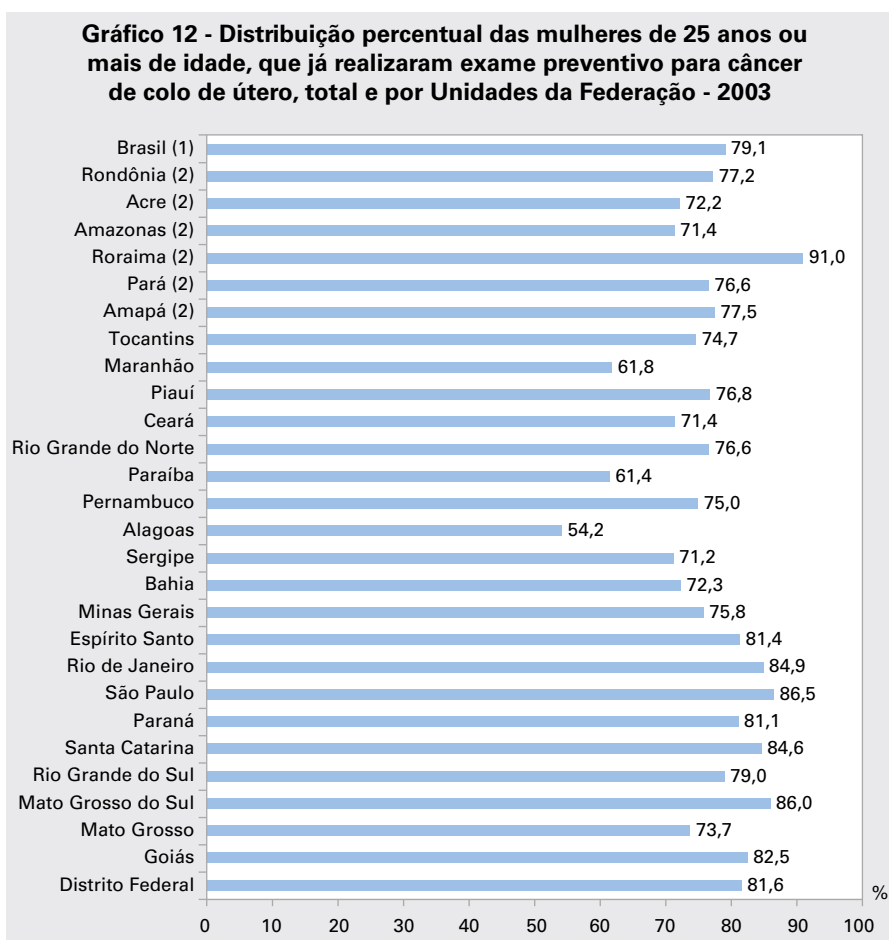
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

(1) Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá. (2) Exclui a população da área rural.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

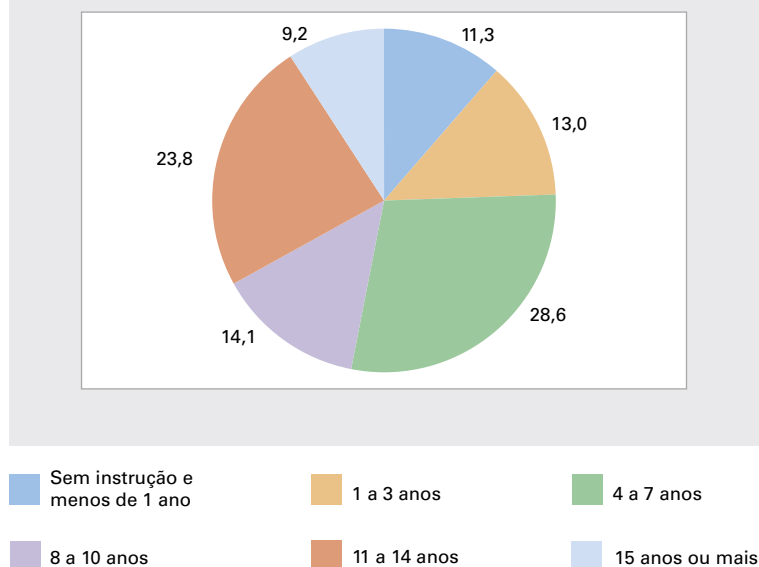
Notas: 1. Exclui-se a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.
2. Exclui-se as mulheres com anos de estudo não determinados e sem declaração.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

(1) Exclui-se a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá. (2) Exclui-se a população da área rural.

Gráfico 13 - Distribuição percentual de mulheres de 25 anos ou mais de idade que já realizaram alguma vez exame preventivo para câncer de colo de útero, por anos de estudo - Brasil - 2003



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

Nota: Exclui-se a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Exame preventivo de câncer de colo de útero

No Brasil, 79,1% das mulheres de mais de 24 anos referiram já terem sido submetidas a exame preventivo de câncer de colo de útero. Destas, 86,8% declararam que o exame foi realizado há menos de 3 anos, 8,1% entre 3 e 5 anos e 5,1% que este foi realizado há 6 anos ou mais. Conclui-se, portanto, que a cobertura de exame preventivo de colo de útero nos últimos 3 anos, nestas mulheres, foi de 68,7%. Por outro lado, cabe destacar que 20,8% das mulheres nesta faixa etária nunca foram submetidas a exame preventivo de câncer de colo de útero.

A proporção de mulheres que já realizou este exame alguma vez na vida também variou com o estado de residência. As menores proporções de realização deste exame ocorreram nos Estados de Alagoas (54,2%) e do Maranhão (61,8%) e os maiores valores nos Estados de Roraima (91,0%), São Paulo (86,5%) e Mato Grosso do Sul (86,0%).

No Brasil, a proporção de realização de exame preventivo de câncer de colo de útero estava positivamente associada à escolaridade, indicando graves desigualdades no cuidado preventivo. Apenas 55,8% das mulheres sem escolaridade e com mais de 24 anos realizaram este exame, enquanto 93,1% das mulheres com 15 anos ou mais de estudo, na mesma faixa etária, foram submetidas a este exame alguma vez em suas vidas. Este gradiente social estava presente em quase todos os estados da federação. Como exceção destacou-se o Estado de Roraima, onde este gradiente não ocorreu.

Utilização de serviços de saúde

Estimou-se que 25,7 milhões de pessoas, ou seja, 14,6% da população do País, buscaram atendimento de saúde nos 15 dias precedentes à entrevista. A procura por serviços de saúde foi maior nos grupos extremos de idade, sendo máxima no de 65 anos ou mais. Neste grupo etário 2,9 milhões (25,1%) procuraram um serviço de saúde no período de referência. A busca por serviços foi mais elevada entre as mulheres (17,6%) do que entre os homens (11,4%), sendo que as maiores diferenças absolutas entre gêneros apareceram nos grupos de 20 a 39, 40 a 49 e 50 a 64 anos, variando de 8,5 a 10 pontos percentuais. Nos outros grupos etários as diferenças foram menores do que 5 pontos percentuais, sendo que o grupo de 0 a 4 anos foi o único em que se observou um percentual de busca de serviços maior entre os homens, ainda que a diferença seja pequena (0,6 ponto percentual). Com relação à renda, notou-se um comportamento homogêneo na taxa de procura (em torno de 14%) até a faixa de 3 a 5 salários mínimos. A partir desta faixa a taxa de procura a serviços de saúde cresceu e atingiu 18,5% para as pessoas com rendimento igual ou superior a 20 salários mínimos.

Dentre aqueles que buscaram atendimento, 25,2 milhões foram atendidos na primeira ou última procura, perfazendo 98,0%. Entre as mulheres, o percentual de não atendimento foi discretamente superior ao dos homens – 2,3% contra 1,6%. Note-se que este alto índice de acesso incluiu todos os atendimentos realizados pelo SUS, pelos planos privados de saúde e aqueles pagos diretamente pelo usuário. O atendimento foi computado levando-se em conta a primeira ou a última tentativa.

O não atendimento da demanda foi baixo para todos os grupos de rendimento mensal familiar, mas apresentou uma tendência clara de declínio com o aumento do rendimento. Entre os mais pobres, o não atendimento da demanda foi de 3,3% e caiu para 0,5% entre aqueles com renda acima de 20 salários mínimos. Em termos relativos, o não atendimento à demanda entre os mais pobres foi 6,5 vezes maior comparado ao do grupo de maior renda.

A maioria das procuras por serviços de saúde foi motivada por doença – 13,1 milhões de buscas (51,9%). Em segundo lugar apareceram vacinação ou outros atendimentos de prevenção, com 7,2 milhões de atendimentos (28,6%). Em seguida vieram as buscas por problemas odontológicos (8,5%) e por acidentes ou lesão (5,2%). As diferenças de motivo por gênero foram marcantes. Os homens buscaram, proporcionalmente, mais atendimento por doença e por problema odontológico, mas a maior diferença ficou por conta dos acidentes. Estes responderam por 8,1% das buscas entre os homens e apenas 3,5% dos atendimentos das mulheres.

Os serviços de atenção primária (Postos e Centros de Saúde) foram responsáveis por 9,8 milhões de atendimentos (39,1%). Em seguida apareceram os Ambulatórios de Clínicas, Empresas, Sindicatos e Hospitais, além do Pronto-Socorro com 7,6 milhões de atendimentos (30,3%) e os Consultórios Particulares com 6,9 milhões de atendimentos (27,3%). As Farmácias, frequentemente suspeitas de prestar um número considerável de atendimentos indevidos, foram referidas como local de 378 mil atendimentos (1,5%).

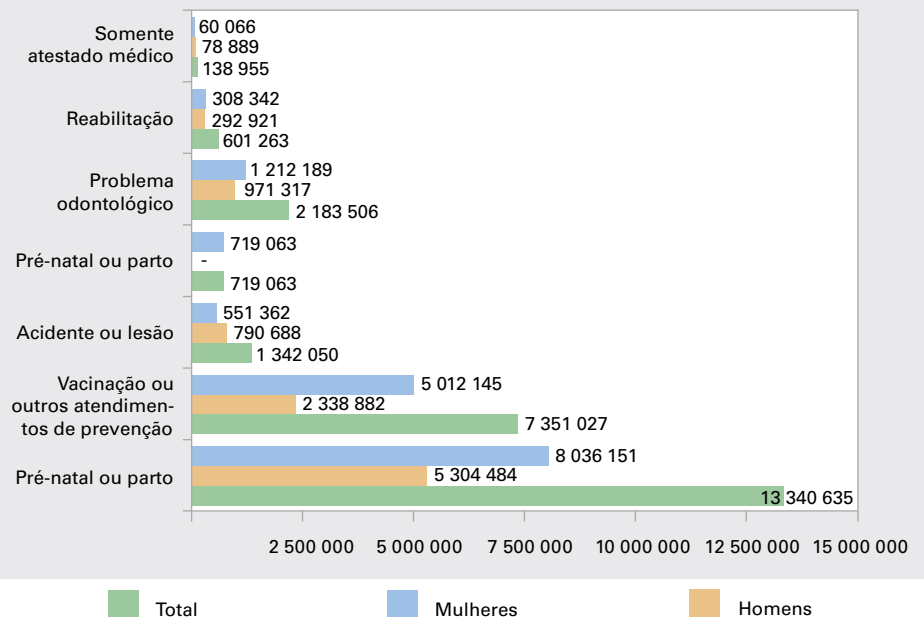
Em relação ao financiamento do atendimento, 57,2% deles foram realizados pelo SUS e 26,0% com a participação integral ou parcial de planos de saúde. Em 14,8% dos casos houve desembolso para pagamento do atendimento. Não houve diferenças importantes entre os diferentes motivos para o atendimento do ponto de vista do financiamento, exceto para atendimentos odontológicos, onde a cobertura do SUS e de planos de saúde é muito mais baixa (30,7% e 16,2% respectivamente). A isto correspondeu um percentual de desembolso para pagamento maior, que atingiu 48,2% dos atendimentos odontológicos.

No geral, 86% dos atendimentos foram avaliados como “muito bom” ou “bom”, percentual que aumentou para 92,6% no caso de atendimento odontológico.

Os principais motivos indicados para o não atendimento das demandas numa primeira busca foram indisponibilidade de senha ou vaga (48,9%) e a falta de médico para o atendimento (25,5%). Não foram observadas diferenças relevantes entre os sexos, nem em relação ao inquérito de 1998.

Das pessoas que não procuraram serviços de saúde, 96,7% delas não o fizeram por não sentir necessidade. Das 5,0 milhões que sentiram necessidade, 23,8% não procuraram um serviço por falta de dinheiro, 18,1% não procuraram porque consideravam o atendimento muito demorado, 12,7% por ser o serviço distante ou o acesso/transporte difícil e 12,7% porque o horário do serviço era incompatível com o seu.

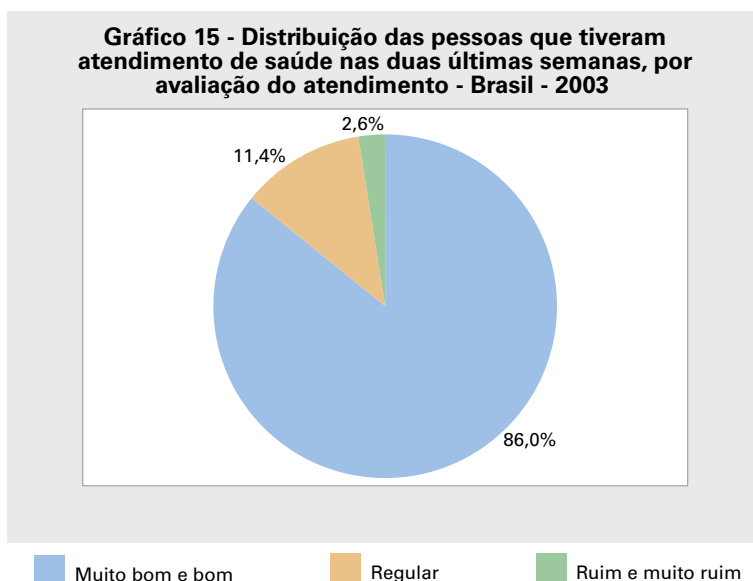
Gráfico 14 - Pessoas que procuraram por serviço de saúde nas últimas semanas, total e por sexo, segundo o motivo principal da procura - Brasil - 2003



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

Nota: Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Gráfico 15 - Distribuição das pessoas que tiveram atendimento de saúde nas duas últimas semanas, por avaliação do atendimento - Brasil - 2003



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

Notas: 1. Exclui-se a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

2. Exclui-se as pessoas cujo principal atendimento de saúde recebido foi a marcação de consulta.

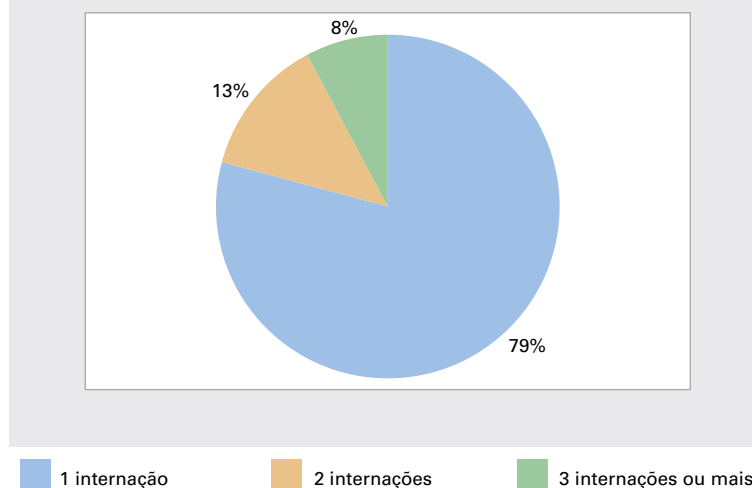
Internações hospitalares

Cerca de 12,3 milhões de pessoas tiveram uma ou mais internações hospitalares no ano que antecedeu a entrevista, correspondendo a um coeficiente de internação hospitalar de 7,0 por 100 habitantes. Entre as pessoas que se internaram, 20,7% tiveram uma ou mais reinternações no período. O maior coeficiente de internação ocorreu no grupo etário com 65 anos ou mais (14,0 por 100 pessoas no grupo), seguido pelo grupo etário de 0 a 4 anos (9,1 por 100 pessoas no grupo). O menor coeficiente ocorreu no grupo etário de 5 a 19 anos (3,8 por 100 pessoas no grupo). Os coeficientes de internação foram maiores para as mulheres (8,4 por 100 mulheres) comparativamente aos homens (5,5 por 100 homens). Praticamente não se observaram variações nos coeficientes de internação entre áreas urbanas e rurais (7,0 e 6,9 por 100 pessoas em cada grupo, respectivamente).

Os coeficientes de internação hospitalar apresentaram uma relação inversa com o rendimento familiar: houve um decréscimo entre o grupo de menor rendimento familiar (8,4 por 100 pessoas no grupo) até o grupo de 3 a 5 salários mínimos (6,3 por 100 pessoas no grupo) e se estabilizaram a partir daí. Vale destacar, entretanto, que as pessoas sem rendimento foram as que apresentaram o maior coeficiente de internação hospitalar (10,6 por 100 pessoas no grupo). Considerando a última internação no ano, 67,6% foram financiadas pelo SUS e 24,3% tiveram participação integral ou parcial do plano de saúde no seu financiamento. A participação do SUS no pagamento da internação variou expressivamente entre as Unidades da Federação. Nos Estados de Roraima, Paraíba e Ceará, esta participação foi bastante expressiva (88,6%, 86,3% e 84,1%, respectivamente), mas caiu para 51,9% e 58,5%, respectivamente, nos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro.

Os coeficientes de internação apresentaram uma forte associação com a auto-avaliação do estado de saúde, variando de 5,0 a 25,6 por 100 pessoas entre os que referiram estado de saúde muito bom e bom e ruim e muito ruim, respectivamente.

Gráfico 16 - Distribuição da população residente, com situação de internação hospitalar nos últimos 12 meses, segundo o número de internações - Brasil - 2003



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

Nota: Exclusiva a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Principais conclusões

Os perfis de necessidades em saúde no Brasil, em 2003, apreendidos através das variáveis auto-avaliação do estado de saúde, restrição de atividades habituais por motivo de saúde e doença crônica reportada apresentaram características comuns:

- As necessidades em saúde tinham um padrão de distribuição segundo a idade em J, ou seja, as pessoas no início e particularmente no final da vida apresentavam mais problemas de saúde. Como exceção, destacaram-se as doenças crônicas cuja frequência aumentava com a idade.
- Os homens referiram mais problemas de saúde do que as mulheres apenas nas idades mais jovens – início da adolescência. A partir dos 14 anos de idade foram as mulheres que passaram a referir problemas de saúde com maior frequência.

Estes padrões referentes à idade e sexo foram semelhantes aos observados em outros países.

- A prevalência de doenças crônicas na população foi ligeiramente menor na PNAD 2003 (29,9%) comparativamente à PNAD 1998 (31,6%). Entretanto, como na última pesquisa a resposta positiva passou a requerer que o diagnóstico das doenças tivesse sido feito por médico ou profissional de saúde, esta variação pode ser em parte decorrente desta reformulação.

Estudos realizados em outros países indicam que as necessidades de saúde apresentam um gradiente social que tende a ser desfavorável aos indivíduos em posições sociais menos favorecidas. Observou-se, também, no Brasil, que o número de pessoas que referiram problemas de saúde diminuiu à medida que o rendimento familiar aumentou, definindo um padrão de marcadas desigualdades sociais em saúde, exceto no caso de declaração de número de doenças crônicas, em que se observou uma relação direta com o rendimento. Essa relação positiva deve ser também devida à nova formulação das perguntas. Ao requerer que a resposta fosse dependente de informação fornecida por profissional de saúde, esta passou a estar influenciada pelo acesso aos serviços de saúde. Como, no Brasil, o acesso apresentava forte gradiente social desfavorável às pessoas de menor renda mensal familiar, a prevalência de doenças crônicas adquiriu o mesmo comportamento, variando positivamente com o rendimento. Isto difere de forma expressiva dos resultados da PNAD 1998, na qual se observou uma relação inversa entre doença crônica e renda.

- Cerca de $\frac{1}{4}$ da população brasileira estava coberta por plano de saúde, e esta cobertura não mudou com relação à verificada na PNAD 1998. Entre as pessoas cobertas por plano de saúde, foi maior a participação dos planos privados (79,2%) do que dos planos de instituição de assistência ao servidor público. Verificou-se, ainda, um aumento da participação dos planos privados em relação ao observado em 1998 (75,0%). Entretanto, este aumento pode estar associado à reformulação do quesito 22 do questionário, que excluiu os servidores públicos federais dos planos de instituição de assistência ao servidor público, pelo fato de que os planos voltados a estes servidores eram todos privados.
- A cobertura por plano de saúde foi expressivamente maior nas áreas urbanas; um pouco superior entre as mulheres e entre as pessoas acima de 40 anos. A cobertura de plano foi também maior nas pessoas que avaliaram seu estado de saúde como muito bom e bom e aumentou com o rendimento familiar. Com relação à PNAD 1998, notou-se uma ligeira variação para mais na cobertura das pessoas com 65 anos ou mais (27,8%, em 1998 e 29,8%, em 2003). Verificou-se, também, que a cobertura praticamente não se alterou na menor classe de rendimento (2,6%, em 1998 e 2,9%, em 2003), entretanto, aumentou de modo expressivo na classe mais elevada (76%, em 1998 e 84%, em 2003).
- Em 50,1% dos planos privados (exceto aqueles com titulares menores que 10 anos de idade), o pagamento era efetuado através do trabalho (planos coletivos) e em 40,1%, diretamente pelo titular à operadora (planos privados).
- Em 18,9% dos planos coletivos, a mensalidade era paga integralmente pelo empregador e esta proporção era maior nas classes de rendimento mensal familiar mais baixas. Ressalta-se que em comparação com

a PNAD 1998 (22%), a proporção de planos com pagamento integral pelo empregador, em 2003, diminuiu. Entretanto, observa-se a mesma tendência verificada em 1998 de que o valor desembolsado para o pagamento das mensalidades do plano de saúde aumentava com a classe de rendimento.

- A modalidade de contrato mais freqüente, tal como verificado na PNAD 1998, era abrangente e incluía serviços ambulatoriais, hospitalares e de exames diagnósticos e terapêuticos.
- Os contratos típicos de seguro-saúde – apenas reembolso – permaneceram como a natureza de plano menos comum, como em 1998. Predominaram os planos que prestavam atendimento através de serviços credenciados e próprios.
- A inclusão do co-pagamento, medida de racionamento do uso de serviços de saúde, foi observada em cerca de 1/4 dos planos de saúde. Esta participação aumentou em relação à PNAD 1998, quando correspondia a cerca de 1/5 dos planos.
- A cobertura de plano de saúde não se distribuía de modo uniforme na população brasileira. Concentrava-se nas áreas urbanas, nos grupos de maior rendimento e com melhor condição de saúde. Dessa forma, o setor de Saúde Suplementar representava um fator gerador de desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde no País e, ao oferecer menor cobertura aos mais doentes, tinha impacto limitado na redução do gasto público em saúde. O aumento da cobertura na classe de rendimento mais elevado observado nos últimos anos, assim como a diminuição da participação do empregador no financiamento integral dos planos indicaram agravamento deste padrão de desigualdade. Os dados, mostraram, no entanto, que o subgrupo populacional coberto por planos de saúde experimentou condições de menor desigualdade social, quando comparado à população em geral, já que as pessoas de menor rendimento tinham menor participação direta no financiamento deste setor do que as pessoas de mais alta renda.

A PNAD 2003 apontou que ainda existiam no Brasil importantes limitações de acesso aos serviços de saúde no, entretanto, mostrou, também, que houve, entre 1998 e 2003, melhora expressiva em vários dos indicadores de acesso analisados.

- Cerca de 80% da população brasileira referiu ter um serviço de uso regular. A existência de serviço de saúde de uso regular indicou que as pessoas tinham um serviço do qual se utilizavam rotineiramente como porta de entrada ao sistema de saúde. A existência de serviço de uso regular é um indicador positivo de acesso aos serviços de saúde. Em 1998, 71,2% referiam ter um serviço de uso regular.
- O serviço de uso regular mais comum era o Posto de Saúde e sua participação relativa aumentou expressivamente entre a PNAD 1998

e a PNAD 2003 (41,8% e 52,4%, respectivamente). No mesmo período, houve pequena queda da participação relativa dos Consultórios Privados (19,7%, em 1998 e 18,0%, em 2003), mas há indicativo de aumento do Pronto-Socorro ou Emergência como serviços de uso regular (4,8% e 5,8%). Estes últimos não são adequados como serviços de uso regular.

- O tipo de serviço utilizado como porta de entrada variou segundo a idade, o sexo e o rendimento mensal familiar. Os Postos de Saúde foram referidos com mais frequência como serviço de uso regular pelas pessoas menores de 19 anos, do sexo feminino e das classes de renda mensal familiar mais baixas.
- Entre 1998 e 2003, houve aumento da proporção de pessoas que realizaram pelo menos uma consulta médica no ano que antecedeu a pesquisa (54,7% e 62,8%, respectivamente). Apesar de aumentar entre os residentes das áreas urbanas e rurais, esta proporção permaneceu maior entre as pessoas residentes das áreas urbanas. Aumentou também em todas as classes de rendimento, mas o diferencial entre as classes extremas manteve-se alto.
- A proporção de brasileiros que declarou nunca ter feito uma consulta ao dentista permaneceu muito alta (15,9%) e maior entre os residentes das áreas rurais e entre os mais pobres, entretanto, entre 1998 e 2003, houve redução de 2,8 pontos nesta proporção. A redução foi mais acentuada nos residentes das áreas rurais (4,0 pontos percentuais) e na classe de rendimento mensal familiar até um salário mínimo (5,6 pontos percentuais). Houve, portanto, alguma melhoria no acesso ao dentista, além de diminuição das desigualdades sociais nesta área.
- Em 2003, a cobertura de exame clínico das mamas no último ano, em mulheres a partir dos 40 anos de idade, era de 37,6%. Além disso, 34,4% das mulheres nesta faixa etária nunca foram submetidas a um exame clínico de mamas por profissional de saúde. Nos Estados do Maranhão e Alagoas, 62,6% e 62,2%, respectivamente, das mulheres nesta faixa etária referiram **nunca** ter realizado este exame. Segundo o Consenso para o Controle de Câncer de Mama de 2004, do Instituto Nacional do Câncer - INCA², mulheres com 40 anos ou mais deveriam fazer o exame clínico das mamas uma vez ao ano, o que denota grave limitação de acesso a este procedimento. Cabe ressaltar a ocorrência de inadequação nos cuidados preventivos ao câncer de mama expressa pela cobertura de mamografia maior do que a cobertura de exame clínico das mamas.
- Em 2003, a cobertura de mamografia nos últimos 2 anos, em mulheres a partir dos 50 anos de idade, era de 41,2%. Além disso, 49,7% das

² Ver íntegra do documento no endereço: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>.

mulheres nesta faixa etária declararam que nunca foram submetidas a um exame de mamografia. Nos Estados do Tocantins, Maranhão e Paraíba, cerca de 74% das mulheres nesta faixa etária referiram **nunca** ter realizado este exame. A recomendação do INCA, apresentada no Consenso de 2004, é que, entre 50 e 69 anos, as mulheres façam o exame com um intervalo máximo de dois anos. Como aqui foram consideradas as mulheres com 50 anos ou mais, a cobertura na faixa etária recomendada foi um pouco maior do que a aqui estimada, já que foram incluídas também mulheres com mais de 69 anos.

- Em 2003, a cobertura de exame preventivo de câncer de colo de útero nos últimos 3 anos, em mulheres a partir dos 25 anos de idade, era de 68,7%. Além disso, 20,0% das mulheres nesta faixa etária declararam que **nunca** foram submetidas a um exame preventivo do câncer de colo de útero. Nos Estados de Maranhão e Alagoas 61,8% e 54,2%, respectivamente, das mulheres nesta faixa etária referiram nunca ter realizado este exame. A recomendação do INCA é que, entre 25 e 59 anos, as mulheres façam o exame com um intervalo máximo de três anos³. Como aqui foram consideradas as mulheres com 25 anos ou mais, a cobertura na faixa etária recomendada foi um pouco maior do que a aqui estimada, já que foram incluídas também mulheres com mais de 59 anos.

- Aproximadamente 15% das pessoas procuraram algum serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista, sendo que o atendimento a esta demanda foi bem alto: 98% das pessoas que procuraram obtiveram atendimento. A procura por serviços de saúde acompanhou o perfil de necessidades de saúde da população, sendo maior nos extremos de idade e entre as mulheres, mas, tendeu a aumentar com o rendimento indicando marcadas desigualdades sociais na procura por serviços de saúde. Não houve variação em relação ao padrão observado em 1998.

- O principal motivo de procura foi doença, seguido de vacinação ou outros atendimentos de prevenção. Neste aspecto, houve uma mudança importante em relação ao levantamento realizado em 1998, quando o motivo mais freqüente para busca de serviços médicos foi atendimento de rotina e prevenção ou vacinação. A mudança na pergunta, que implicou na retirada da opção “exame de rotina ou prevenção”, substituída por “puericultura” e “outros atendimentos preventivos”, pode ter influenciado este resultado.

- Os serviços de atenção primária responderam por cerca de 40% dos atendimentos nas duas semanas que antecederam a entrevista e, no outro extremo, as farmácias responderam por 1,5%.

³ A recomendação atual do INCA é que, inicialmente, um exame deve ser feito a cada ano e, caso dois exames seguidos (em um intervalo de 1 ano) apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito a cada três anos.

- O SUS pagou 57,2% dos atendimentos realizados nas duas semanas que antecederam à pesquisa, o que representou um aumento expressivo de sua participação no financiamento da assistência à saúde no País em relação ao ano de 1998, quando pagou 49,3% dos atendimentos. O setor de Saúde Suplementar manteve estável a sua participação neste financiamento (em torno de 26%, em 1998 e 2003). A participação do gasto do próprio bolso no pagamento aos atendimentos à saúde nas duas semanas que antecederam à pesquisa também variou pouco em relação a 1998 (14,8%, em 2003 e 15,8%, em 1998). A maior participação do gasto do próprio bolso ocorreu nos atendimentos odontológicos.
- A satisfação dos usuários com o atendimento recebido permaneceu alta, com 86,0% das pessoas que foram atendidas considerando o cuidado recebido como muito bom ou bom, tal como em 1998.

As principais barreiras de acesso referidas pelas pessoas que não procuraram serviços, quando necessitaram, foram: barreiras financeiras (23,8%), demora no atendimento (18,1%) e barreiras geográficas (12,7%). A principal mudança foi redução nas barreiras financeiras na obtenção de cuidados de saúde que caiu, entre 1998 e 2003, 8 pontos percentuais. Por outro lado, a demora no atendimento subiu do terceiro para o segundo lugar, tendo sido referida, em 1998, por 13% dos respondentes.

- No ano que antecedeu à pesquisa, 7 em cada 100 pessoas foram internadas. O coeficiente de internação hospitalar não variou nas populações urbanas e rurais e foi maior entre as mulheres, entre os idosos com mais de 64 anos e entre as crianças até 5 anos de idade. Há forte associação entre internação hospitalar e auto-avaliação do estado de saúde, com as pessoas que referiram pior condição de saúde apresentando maiores coeficientes de internação. Diferentemente da utilização de serviços em geral, que apresentou marcadas desigualdades sociais desfavoráveis aos mais pobres, no caso da internação hospitalar foram os mais pobres que se internaram mais.
- O perfil das internações hospitalares praticamente manteve-se inalterado entre os anos de 1998 e 2003. O SUS foi responsável por 67,6 das internações, uma proporção ligeiramente superior à indicada pela PNAD, em 1998 (63,1%) e os planos de saúde financiaram parcial ou integralmente 24,3% das internações, percentual praticamente igual ao observado em 1998 (24,6%). O percentual de pessoas que desembolsou algum valor durante a internação foi semelhante ao observado em 1998 (10%).

Para garantir a comparabilidade com os dados do suplemento de 1998, no desenho do novo questionário procurou-se limitar a modificação das perguntas ou a introdução de novas. As alterações feitas, apresentadas no Quadro 1 a seguir, tiveram como objetivo aprimorar o levantamento das informações.

Quadro 1 - Principais diferenças entre os questionários do Suplemento Saúde da PNAD 1998 e o da PNAD 2003

(continua)

PNAD 1998	PNAD 2003
<p style="text-align: center;">Quesitos 9 a 20 – Doença crônica</p> <p>A pergunta era feita diretamente ao entrevistado, sem nenhuma restrição.</p> <p>Por exemplo, para identificar a diabetes: a pergunta era:tem diabetes?</p>	<p>Para registro da existência de doença crônica, a pergunta explicitou a necessidade de um diagnóstico prévio. Ou seja, no caso de diabetes, a pergunta foi: Alguns médicos ou profissionais de saúde já disse que tem diabetes?</p>
<p style="text-align: center;">Quesito 22</p> <p>Este Plano de Saúde (único ou principal) que ... tem direito é de instituição de assistência de servidor público (federal, estadual ou municipal)?</p>	<p>Este Plano de Saúde (único ou principal) que ... tem direito é de instituição de assistência de servidor público (municipal, estadual ou militar)?</p>
<p style="text-align: center;">Quesito 37</p> <p>Este plano de saúde dá direito a ser atendido(a) por médicos, hospitais, laboratórios, ou outros serviços de saúde de outros municípios? A identificação da amplitude de atendimento não previa a separação deste grupamento</p>	<p>Em 2003, a pergunta foi desdobrada, em 37 e 37a, para identificar se o atendimento era feito apenas na Unidade da Federação em que o entrevistado residia ou tinha maior amplitude.</p> <p>37. Este plano de saúde dá direito a ser atendido(a) por médicos, hospitais, laboratórios, ou outros serviços de saúde de outros municípios desta Unidade da Federação?</p> <p>37a. Este plano de saúde dá direito a ser atendido(a) por médicos, laboratório ou outros serviços de saúde de outra Unidade da Federação?</p>
<p>Não foi investigado</p>	<p style="text-align: center;">Quesito 40a</p> <p>Este plano de saúde dá direito a internações hospitalares em que tipo de acomodação?</p> <p>2 () Quarto ou apartamento privativo 4 () Quarto ou apartamento coletivo 6 () Enfermaria</p>
<p style="text-align: center;">Quesito 51</p> <p>Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?</p> <p>01 () Exame de rotina ou de prevenção 02 () Acidente ou lesão 03 () Problema odontológico 04 () Tratamento ou reabilitação 05 () Pré-natal 06 () Parto 07 () Vacinação 08 () Doença 09 () Somente atestado de saúde</p>	<p style="text-align: center;">Quesito 51a</p> <p>(como foram alteradas as categorias especificadas, o quesito ganhou nova numeração e o quesito 51 não foi incluído neste questionário).</p> <p>Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?</p> <p>01 () Acidente ou lesão 02 () Problema odontológico 03 () Reabilitação 04 () Pré-natal 05 () Puericultura 06 () Vacinação 07 () Outros atendimentos preventivos 08 () Parto 09 () Doença 10 () Somente atestado de saúde</p>
<p style="text-align: center;">Quesito 60</p> <p>Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?</p> <p>01 () Consulta médica 02 () Consulta odontológica 03 () Consulta de agente comunitário de saúde ou de parteira 04 () Consulta de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.) 05 () Consulta na farmácia 06 () Vacinação 07 () Injeções, curativos, medição de pressão ou outro atendimento 08 () Cirurgia em ambulatório 09 () Gesso ou imobilização 10 () Internação hospitalar 11 () Exames complementares 12 () Somente marcação de consulta 13 () Outro atendimento</p>	<p style="text-align: center;">Quesito 60a</p> <p>(como foram alteradas as categorias especificadas, o quesito ganhou nova numeração e o quesito 60 não foi incluído neste questionário).</p> <p>Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?</p> <p>() Consulta médica () Consulta odontológica () Consulta de agente comunitário de saúde ou de parteira () Consulta de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.) () Consulta na farmácia () Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia () Vacinação, injeções, curativos, medição de pressão ou outro atendimento () Cirurgia em ambulatório () Gesso ou imobilização () Internação hospitalar () Exames complementares () Somente marcação de consulta () Outro atendimento</p>

Quadro 1 - Principais diferenças entre os questionários do Suplemento Saúde da PNAD 1998 e o da PNAD 2003

(conclusão)

PNAD 1998	PNAD 2003
<p style="text-align: center;">Quesito 68</p> <p>Nas duas últimas semanas por que motivo ... não procurou serviço de saúde?</p> <p>01 () Não houve necessidade 02 () Não tinha dinheiro 03 () O local de atendimento era distante ou de difícil acesso 04 () Dificuldade de transporte 05 () Horário incompatível 06 () O atendimento é muito demorado 07 () O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades 08 () Achou que não tinha direito 09 () Não tinha quem o(a) acompanhasse 10 () Outro motivo</p>	<p style="text-align: center;">Quesito 68a</p> <p>Nas duas últimas semanas por que motivo ... não procurou serviço de saúde?</p> <p>01 () Não houve necessidade 02 () Não tinha dinheiro 03 () O local de atendimento era distante ou de difícil acesso 04 () Dificuldade de transporte 05 () Horário incompatível 06 () O atendimento é muito demorado 07 () O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades 08 () Achou que não tinha direito 09 () Não tinha quem o(a) acompanhasse 10 () Não gostava dos profissionais do estabelecimento 11 () Greve nos serviços de saúde 12 () Outro motivo</p>
Quesitos 78 e 79	
Gastos com serviços e bens de saúde	Este tema não foi objeto de investigação
Este tema não foi objeto de investigação	<p style="text-align: center;">Inserido o Bloco 17:</p> <p>Características do acesso aos serviços preventivos de saúde em mulheres moradoras de 25 anos e mais de idade</p> <p style="text-align: center;">Quesito 3</p> <p>Quando foi a última vez que um médico ou enfermeira fez o exame clínico das mamas da ...?</p> <p>01 () Menos de 1 ano 03 () De 1 a 3 anos 05 () 4 anos ou mais 07 () Nunca fez exame clínico</p> <p style="text-align: center;">Quesito 4</p> <p>Quando foi a última vez que ... fez uma mamografia?</p> <p>02 () Menos de 1 ano 04 () De 1 a 3 anos 06 () 3 anos ou mais 08 () Nunca fez mamografia</p> <p style="text-align: center;">Quesito 5</p> <p>Quando foi a última vez que a ... fez exame preventivo para câncer do colo de útero?</p> <p>01 () Menos de 3 anos 03 () De 3 a 5 anos 05 () 6 anos ou mais 07 () Nunca fez exame preventivo</p>