

**FUNDAÇÃO INSTITUTO CAPIXABA DE PESQUISAS EM  
CONTABILIDADE, ECONOMIA E FINANÇAS – FUCAPE**

**ROSANA LILIAN SOARES SANTOS FAGUNDES**

**O TIPO DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COMO FATOR  
DETERMINANTE NA DEMANDA POR SAÚDE**

**VITÓRIA  
2012**

**ROSANA LILIAN SOARES SANTOS FAGUNDES**

**O TIPO DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COMO FATOR  
DETERMINANTE NA DEMANDA POR SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas na área de concentração Estratégia e Governança Pública e Privada.

Orientador: PhD. Moisés Balassiano

**VITÓRIA  
2012**

**ROSANA LILIAN SOARES SANTOS FAGUNDES**

**O TIPO DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COMO FATOR  
DETERMINANTE NA DEMANDA POR SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas na área de concentração Estratégia e Governança Pública e Privada.

Aprovada em 23 de Outubro de 2012.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Prof. Dr. MOISÉS BALASSIANO**  
**Fundação Instituto Capixaba de Pesquisa em Contabilidade, Economia e**  
**Finanças (FUCAPE)**

**Prof. Dr<sup>a</sup>. LUCIANA COSTA**  
**Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e**  
**Finanças (FUCAPE)**

**Prof. Dr. GELSON DA SILVA JUNQUILHO**  
**Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)**

Dedicado aos meus filhos  
Arthur e Bruno.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter colocado tantas pessoas importantes no meu caminho, que tiveram um papel fundamental para que esta dissertação se tornasse uma realidade. Os meus pais, que sempre me apresentaram os estudos como algo imprescindível na vida de um ser humano, o que me fez concordar com eles até hoje. A tia Nilzinha, pelo carinho, incentivo e pela presença, que tornou os meus domingos de estudo mais agradáveis.

Obrigada Anderson, pelo apoio moral, o cuidado com nossos filhos, quando precisei me ausentar, pelo carinho e atenção, que muitas vezes não pude retribuir.

Ao meu amigo Lucas, que me adotou e me ajudou na tabulação dos dados, uma verdadeira prova de amizade, muitíssimo obrigada. Ao Sérgio, pela cumplicidade, nos melhores e piores momentos, pelas trocas de informações e desabafos, ter sua amizade foi umas das melhores etapas desta jornada.

A boa companhia, a palavra amiga e as brincadeiras do amigo Cláudio, que diversas vezes me resgatou do turbilhão e me devolveu mais disposta. À Glice, única presença feminina na sala de aula, além da minha, e aos demais colegas e familiares que de alguma forma contribuíram para que este mestrado fosse concluído.

Ao Professor Orientador PhD Moisés Balassiano, pela disponibilidade e competência na missão de orientar, garanto que o meu crescimento foi além da pesquisa.

## RESUMO

Este estudo de caso tem o objetivo de identificar e analisar comparativamente o comportamento dos usuários de planos de saúde, na demanda por saúde, quando possuem contratos completos e coparticipativos, em uma cooperativa médica no Espírito Santo. Estudar os determinantes por demanda em saúde contribui para a ascensão das políticas públicas de saúde, uma vez que o acesso aos serviços pode ser o ponto crucial para se salvar vidas. A variável dependente estudada é representada pelas utilizações nos serviços de saúde, oferecidos pela operadora de saúde e as variáveis independentes, idade, sexo, acomodação e tipo de plano, foram testadas no intuito de entender sua influência na demanda por saúde. Os dados foram secundários, coletados do banco de dados da cooperativa e a abordagem é quantitativa. O modelo estatístico utilizado foi a regressão de Poisson, que analisa variáveis dependentes de contagem, permitindo comparar o efeito de cada variável de forma independente. Desta forma, respondeu-se ao objetivo desta pesquisa, que detectou uma menor demanda por saúde por usuários de planos coparticipativos, o que confirmou a hipótese desta pesquisa. As gestantes contratam o plano coparticipativo em maior escala, porém o plano mais utilizado entre elas é o completo. Entre os hipertensos, o gênero masculino é o que mais contrata o plano de saúde, mas as maiores utilizações são realizadas por mulheres.

**Palavras-chave:** Contrato de plano de saúde. Acesso. Risco moral.

## ABSTRACT

This case study aims to identify and make a comparative analysis of the behavior of users of health plans, the demand for health care, when they have completed contracts and coparticipativos in a medical cooperative in the Holy Spirit. Studying the determinants of demand for health contributes to the rise of public health policies. The independent variable studied is represented by the uses in health services offered by the health carrier and the independent variables, age, gender, type of accommodation and plane were tested in order to understand their influence on the demand for health. The secondary data were collected from the database and the cooperative approach is quantitative. The statistical model was used Poisson regression, which analyzes dependent count, allowing you to compare the effect of each variable independently. Thus, responded to the objective of this research. That detected a lower demand for health plans co-participatives by users.

**Keywords:** Contract health plan. Access. Moral hazard.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Perfil da amostra de gestantes distribuídos por tipo de plano .....	29
Gráfico 2: Perfil da amostra de gestantes distribuídos por acomodação .....	29
Gráfico 3: Perfil da amostra de hipertensos por gênero .....	30
Gráfico 4: Perfil da amostra de hipertensos por tipo de plano.....	30
Gráfico 5: Perfil da amostra de hipertensos por acomodação.....	31
Gráfico 6: Distribuição da variável dependente no grupo de gestantes .....	32
Gráfico 7: Distribuição da variável dependente no grupo de hipertensos .....	33
Gráfico 8: Distribuição das idades em gestantes .....	38
Gráfico 9: Distribuição das idades nos hipertensos.....	38



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Teste de colinearidade para o grupo de hipertensos.....	33
Tabela 2: Teste de colinearidade para o grupo de gestantes .....	34
Tabela 3: Teste de correlação para o grupo de hipertensos .....	34
Tabela 4: Teste de correlação para o grupo de gestantes .....	34
Tabela 5: Regressão de todas as variáveis envolvidas na análise de hipertensos ...	36
Tabela 6: Regressão de todas as variáveis envolvidas na análise de gestantes .....	36

## LISTA DE SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

EUA – Estados Unidos da América

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

OPS – Operadora de Plano de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

VIF - *Variance Inflation Factor*

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
2.1 A TEORIA.....	14
2.1.1 A busca por promoção da saúde.....	18
2.1.2 Tipos de Contratos em Saúde Suplementar .....	19
<b>3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>22</b>
3.1 COLETA DE DADOS .....	22
3.1.1 Tratamento dos dados .....	26
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	<b>28</b>
4.1 A APLICAÇÃO DO MODELO DE POISSON .....	35
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>

## Capítulo 1

### 1 INTRODUÇÃO

Ofertar saúde não é somente um dever do estado, por meio das políticas públicas de saúde, mas é um compromisso individual, uma construção. Promover saúde envolve um conjunto de ações e de utilizações de bens (BATES, 2010). Mundialmente, a saúde é conceituada como um estado de bem estar físico, mental e social (OMS, 1979).

Neste estudo, a demanda por saúde foi representada por utilizações dos serviços de saúde e, conhecer os determinantes por esta utilização é contribuir para os avanços das políticas públicas de saúde, nas esferas pública e privada, colaborando na construção de ferramentas para o gerenciamento de ações preventivas e curativas (BUSS, 2000; COSTA, 2008).

Investigar como se apresenta o acesso aos serviços de saúde torna-se necessário para que possamos compreender este cenário, que busca controlar o acesso para garantir equidade, e como estratégia financeira para reduzir o risco moral, que será conceituado mais adiante (ANDRADE; MAIA, 2009).

O acesso aos serviços oferecidos pelo SUS em alguns momentos é impedido pelas condições geográficas de seus serviços em relação à moradia de seus clientes, principalmente aqueles que residem na área rural (O'DONNELL, 2007).

Para Gerhardt (2006), mesmo com as melhorias apresentadas pelo SUS, geradas pelo aumento no financiamento de serviços, ainda existem fatores que prejudicam a qualidade do serviço prestado à população, como o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares e

nerológicas, que aumentam a utilização de leitos, reduzindo o número de vagas disponíveis nos hospitais, levando a uma demanda reprimida nos pronto-socorros e pronto-atendimentos. Tudo isto, agregados a falta de infraestrutura física e de recursos humanos disponíveis para o atendimento da demanda (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Já no setor de saúde suplementar, o controle do acesso aos serviços deseja atender às exigências da Agência Nacional de Saúde (ANS), dispostas na Lei 9.656/98 e, para isso, necessitam utilizar medidas que garantam a sua própria sobrevivência financeira (PIVA; BAPTISTA, 2009). Figueiredo e Teixeira (2007), apontam que medidas de controle de acesso são comuns durante a instabilidade do mercado e os contratos incompletos levam as empresas a redesenhar as estratégias corporativas, na busca por sustentabilidade.

O controle do acesso utilizado pelo serviço de saúde suplementar está focado em reduzir o risco moral, que ocorre principalmente nos contratos de planos de saúde com utilização integral ou completa, uma vez que o custo marginal é zero, o indivíduo tende a utilizar de forma indiscriminada (ANDRADE, 2004). Contudo, os mecanismos de controle de acesso são regulados pela ANS, para que as OPS não se excedam e provoquem a redução da utilização por indivíduos que buscam a promoção e prevenção em saúde (BRASIL, 1998).

Esta pesquisa pretende investigar as utilizações de serviços de saúde, no setor suplementar de saúde, respondendo a seguinte questão: **como o tipo de contrato de planos de saúde (completo ou coparticipativo) pode interferir na demanda por saúde, em uma cooperativa médica?**

Este estudo tem o objetivo de identificar e analisar comparativamente o comportamento dos usuários de planos de saúde na demanda por saúde quando

possuem contratos completos e coparticipativos, em uma cooperativa médica no Espírito Santo.

A presente pesquisa colabora na inclusão de novos fatores que influenciam na utilização em saúde, contribuindo para os avanços das pesquisas nesta área, seus dados podem subsidiar novas produções científicas. No âmbito da gestão em saúde, este estudo pode embasar do diagnóstico à elaboração de novas medidas estratégicas no controle das utilizações dos serviços de saúde.

Trabalhos descritos aqui apontam que a demanda por serviços médicos é influenciada, principalmente, por fatores atitudinais, educacionais e econômicos. Este estudo buscou entender se o tipo de contrato de plano de saúde leva o indivíduo a mudar seu comportamento na busca por serviços de saúde. Esta dúvida nos levou à seguinte hipótese:

**Hipótese:** O usuário de plano de saúde com contrato coparticipativo tende a utilizar menos os serviços, devido à participação adicional.

Com a confirmação da hipótese as relações esperadas entre os hipertensos são de que os hipertensos de ambos os sexos, que contratam acomodação em enfermaria ou apartamento, em todas as idades, tenham maior utilização aqueles que possuem plano completo. Entre as gestantes que contratam o plano com acomodação enfermaria ou apartamento, em todas as idades, espera-se que a maior utilização esteja entre aquelas com plano completo.

## Capítulo 2

### 2 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 2.1 A TEORIA

A teoria da demanda por saúde, construída por Grossman (1972), foi o primeiro trabalho que se propôs a estudar os motivos pelos quais os indivíduos investem na produção de saúde. Neste modelo, saúde passa a ser considerado um bem depreciável que varia conforme a idade e os hábitos do indivíduo.

Bates *et al.*(2010), ao estudar a possibilidade de expansão do acesso ao seguro-saúde, nos Estados Unidos da América (EUA), utilizou em seu referencial o modelo de demanda por saúde, onde constatou que a procura por cuidados preventivos, curativos e fatores ligados aos aspectos comportamentais, também contribuem para a produção da saúde.

Bates *et al.* (2010), levantou os efeitos que o risco moral poderia causar na economia dos EUA, caso o seguro-saúde fosse expandido à população descoberta pelo benefício. O estudo parte da premissa de que os efeitos ex-ante e ex-post do risco moral podem reduzir a eficiência técnica relativa do serviço oferecido pelo seguro-saúde. O estudo apontou que as ações de educação em saúde executadas pelo governo americano ao longo dos anos, já apresentavam bons resultados sobre a utilização adequada dos serviços de saúde, impedindo a sobreutilização ou utilização desnecessária.

A utilização desnecessária costuma ocorrer quando os beneficiários das OPS são afetados pelo efeito conhecido na economia como risco moral. O risco moral é um evento que está diretamente ligado a contratos incompletos e assimetria de

informações, onde uma das partes tende a ter menos informações que a outra (ARROW, 1963).

No caso dos planos de saúde, na ocorrência do risco moral, há possibilidade do indivíduo apresentar um comportamento inapropriado diante da utilização dos serviços. O indivíduo utiliza o serviço sem estar exposto a riscos relacionados à saúde, isso se dá, normalmente, na realização de um pagamento para utilização integral, sem coparticipação (SILVA; COSTA, 2011).

O estudo de Grossman (1972), identificou na renda e na escolaridade, fatores essenciais para que os investimentos pessoais em saúde aumentem. Em seu experimento, o autor detectou que os indivíduos mais escolarizados tem maior probabilidade de escolherem bens de consumo que não sejam nocivos ao seu organismo, além disso, o grau de escolaridade contribui para uma melhor colocação no mercado de trabalho.

A variável escolaridade foi utilizada por Costa (2008), para testar a escolha por hábitos de vida saudáveis. Foi analisado o efeito da educação com a probabilidade de ser saudável quando comparada ao gênero, faixa de renda, faixa etária, informação em saúde e idade. Quando Costa (2008), avaliou o efeito da educação sobre o estado de saúde moderada pelo gênero, as mulheres apresentaram melhor saúde em relação aos homens. Na avaliação do efeito da faixa de renda o resultado foi mais tendencioso para o sexo masculino, sendo o valor da hora trabalhada um determinante para a maior busca por saúde entre os homens.

A renda per capita familiar, não apresentou o mesmo efeito para os homens, apresentando maior efeito para as mulheres. A parcela da amostra que apresentou menor faixa de renda teve menor efeito por produção da saúde (COSTA, 2008).



Para Grossman (1972), a renda influencia na demanda por saúde, uma vez que envolve fatores diversos, como melhores condições de moradia, saneamento básico, acesso ao serviço de saúde, alimentação, lazer, melhores condições psicológicas e acesso a informação. No estudo de Costa (2008), o efeito da escolaridade diante do acesso a informação mostrou que o grupo com renda mais elevada apresentou maior efeito, sendo a internet a fonte de informação mais consultada.

Quando foram relacionados, escolaridade, a idade do indivíduo e a produção de saúde, observou-se que este efeito é maior em indivíduos acima de 42 anos. O estudo de Costa (2008), confirma a existência de efeitos vigorosos da educação sobre o estado de saúde.

Assim como Grossman (1972), analisou o efeito da escolaridade e da renda sobre a demanda por saúde, esta pesquisa busca analisar os efeitos do tipo de contrato do plano de saúde sobre a demanda por saúde, quando comparado ao gênero, faixa etária e faixa de renda.

Fleury, Belmartino e Baris (2001), relatam que durante a reforma no sistema de saúde foram focadas as condições da prestação dos serviços de saúde a diferentes grupos da população, os seus resultados foram analisados em termos de equidade, acessibilidade e eficiência. O estudo de Fleury, Belmartino e Baris (2001), foi orientado pela teoria de Andersen e Newman (1973), que apresentam variáveis determinantes na utilização de serviços de saúde, entre elas foram escolhidos três conjuntos de predisponentes para revelar relações causais, sendo compostos por variáveis demográficas, sociocultural, cognitivas e atitudinais.

As variáveis atitudinais representam os fatores que caracterizam um grupo de risco para determinada patologia, utilizando características individuais, não sendo este fator passível de modificação por meio de políticas públicas de saúde.

Os grupos de risco foram formados por portadores de hipertensão, diarreia e por eventos de gravidez e parto. Para os quais foram avaliadas as frequências de utilizações dos recursos de saúde, tipo de atenção necessária, as utilizações necessárias e as desnecessárias, as frequências foram comparadas com a idade, sexo, escolaridade, renda, confiança nos serviços de saúde e o fato de possuir ou não seguro saúde (FLEURY; BELMARTINO; BARIS, 2001).

Na Argentina, a avaliação da utilização dos serviços de pré-natal comparado ao grau de escolaridade da mãe, representou um forte determinante para a utilização (FLEURY; BELMARTINO; BARIS, 2001), confirmando os achados de Grossman (1972) e Costa (2008), em se tratando de consultas médicas, as crianças com diarreia e os hipertensos apresentaram menor busca do que o previsto pela regulação de saúde local.

Na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, e no México a busca por utilizações de serviços de saúde teve forte relação com o grau de escolaridade e a renda, em todos os grupos de risco. Neste estudo, Fleury, Belmartino, Baris (2001) constataram que renda, escolaridade e confiabilidade no serviço de saúde são os fatores predisponentes para a utilização dos serviços de saúde no Brasil, Argentina e México.

Pesquisas que visam identificar e analisar novos determinantes por promoção da saúde contribui para o sucesso dos programas de saúde, assim como, para a identificação de necessidades de melhorias nestes serviços (BUSS, 2000; COSTA, 2008). Contribuindo para este cenário O'Donnell (2007) e Gerhard (2006),

encontraram impeditivos no acesso ao serviço de saúde que levaram a redução nas utilizações, estes impeditivos foram o fator geográfico e a falta de vagas nos hospitais. Já Travassos e Viacava (2007), citam a falta de infraestrutura e de recursos humanos treinados.

### **2.1.1 A busca por promoção da saúde**

A saúde se dá por um conjunto de variáveis e para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1979), consiste no alcance de uma “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”, cabendo não somente aos serviços de saúde, mas também à própria pessoa. A busca por promoção da saúde é explicada pela teoria de Grossman (1972), que compara saúde a um bem depreciável, e a sua manutenção a uma construção que depende de um investimento do próprio indivíduo.

A teoria da demanda em saúde, publicada por Grossman (1972), iniciou os estudos sobre demanda por saúde, a teoria destaca variáveis como idade, escolaridade e renda, como fatores diretamente relacionados com a atitude de busca por promoção da saúde, porém, para Grossman (1972), os investimentos em saúde superam dos cuidados médicos, existindo outros fatores como habitação, lazer e bens de consumo, que representam a base para uma boa saúde.

Bates *et al.* (2010) e a Carta de Ottawa (1986), corroboram com a teoria de Grossman quando compõe um conjunto formado por insumos e serviços que são associados aos hábitos de vida e que poderão elevar o nível de saúde a ser alcançado, sendo estes chamados de determinantes.

Grossman (1972), compara a produção da saúde com a ascensão profissional e a remuneração por competência, que tem como parâmetro, a melhoria contínua do indivíduo, sendo dependente de um empenho pessoal.

Porém, este empenho pessoal pode sofrer interferência, foi o que mostrou o estudo de Newhouse (1993), que ao estudar as estratégias de restrição do acesso à utilização do seguro saúde, identificou nos contratos coparticipativos, de planos de saúde, um risco à saúde do usuário, representado por um aumento das doenças crônicas não transmissíveis na população estudada. Sendo constatado que a redução da utilização dos serviços de saúde pode ser nociva para a promoção da saúde (CHANDRA; GRUBER; MCKNIGHT, 2006; CHERKIN; GROTHAUS; WAGNER, 1989;).

Em um estudo empírico nos Estados Unidos, Bates et. al. (2010), avaliaram o seguro saúde como fator determinante na busca por promoção da saúde, concluindo que a coparticipação, no seguro saúde, levou os indivíduos a utilizarem menos o plano de saúde, inclusive na procura por cuidados preventivos, porém, devido ao resultado das práticas de políticas públicas voltadas para educação em saúde, esse número foi mínimo.

### **2.1.2 Tipos de Contratos em Saúde Suplementar**

O setor de saúde suplementar teve origem no Brasil em 1930, e foi marcado pelo aparecimento das primeiras empresas de autogestão. Em 1967 surgiram às cooperativas médicas (UNIMED) e com elas veio um aumento progressivo da demanda por saúde suplementar (CARVALHO *et. al.*, 2007). Motivada pelo aumento na procura por saúde suplementar, entre 1991 e 1998, surgiu à necessidade de regulação deste setor, que ocorreu com a *Lei n° 9.656/98*, em 2000 foi fundada a

ANS, sendo esta responsável pela regulação do sistema de saúde suplementar no Brasil (SANTOS, 2006).

Os contratos de planos de saúde podem ser realizados por pessoa física ou jurídica. Nesse contexto, os planos coletivos apresentam vantagens nas negociações por preços mais atraentes, sendo, nesses casos, a regulação menos rigorosa por parte da ANS, que, por sua vez, define um reajuste anual para os planos individuais, com os quais mantém uma relação de controle mais intensa (LEAL; MATOS, 2009). A ANS é responsável por traçar as diretrizes contratuais, entre OPS e usuários, tendo como foco a garantia do acesso aos serviços de saúde suplementar, que visem à promoção da saúde (BRASIL, 1998).

No Brasil vários tipos de contratos são utilizados, entre eles estão, os de pagamento único mensal, para utilização integral dos serviços oferecidos pelo plano de saúde, que são denominados de planos completos e os planos com pagamento mensal reduzido, ao qual é adicionado um fator moderador, sendo esse um valor adicional a consultas e exames realizados naquele período, estes planos são conhecidos como coparticipativos (BRASIL, 2012).

Existem ainda, os contratos de planos de saúde ambulatoriais que cobrem apenas consultas e exames, não garantindo direito à internação hospitalar (BRASIL, 2012). Tanto para os planos ambulatoriais como para os acrescidos de participação, que apresentam maior restrição no acesso, os usuários que possuem doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, são alertados pela ANS sobre os riscos inerentes a sua contratação, uma vez que tais usuários necessitam de internações, consultas e exames com maior frequência (BRASIL, 2012).

Comercializar plano de saúde com contrato coparticipativo se tornou a medida de controle de acesso mais utilizada no Brasil, estes contratos possuem vantagens

como mensalidades mais atraentes, em relação ao plano completo, e cobertura total (SOARES; THÓPHILO, 2009). O plano coparticipativo surgiu nos Estados Unidos, onde empresas privadas passaram a oferecer o seguro saúde aos seus funcionários que participavam das despesas geradas, tendo como incentivo à dedução fiscal (RIBEIRO; HOLLANDA et. al., 2009; CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

A coparticipação para a pessoa física se deu na década de 60, ainda nos Estados Unidos (NEWHOUSE, 1983) e no Brasil a partir da década de 70 (SOARES; THÓPHILO, 2009). A participação pelos serviços utilizados, desde a Lei 9.656/98, fica facultada a não impedir a busca por cuidados de saúde necessários (BRASIL, 2010).

Escolher a opção mais adequada na compra de bens e serviços dependerá da satisfação do consumidor, no relacionamento com a empresa ou a marca, seja ele econômico e não econômico, assim como os benefícios e sacrifícios que serão experimentados na utilização dos mesmos (SOUZA; RIBEIRO; PRADO, 2009).

## Capítulo 3

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

#### 3.1 COLETA DE DADOS

Este estudo de caso testou o efeito do tipo de contrato do plano de saúde, na busca por promoção da saúde, quando moderada com o gênero, faixa etária e renda.

A técnica de estudo de caso foi considerada a mais adequada para esta pesquisa, uma vez que permite avaliar, descrever e compreender, de forma exaustiva, uma determinada situação, permitindo organizar os dados coletados de um local específico (MARTINS, 2008). Segundo Yin (1994, p. 45), o estudo de caso é um método investigativo, capaz de responder a perguntas do tipo: “quais”, “como” e “por que” um evento ocorre, permitindo uma análise ampla, mesmo quando poucos dados estão disponíveis.

Para alcançar o objetivo proposto, optou-se pela realização de um estudo de caráter quantitativo, com a utilização de dados secundários, extraídos de registros em arquivos, no setor de estatística, de uma cooperativa médica do Espírito Santo, os dados foram disponibilizados a partir da autorização formal da cooperativa. A escolha da cooperativa médica justifica-se pelo fato de ser a maior OPS do estado, detendo 34,41% do poder de mercado, no mercado local, e por possuir contratos nas modalidades coparticipativo e completo.

A população é composta por usuários de um plano de saúde suplementar; a escolha da amostra foi aleatória estratificada, sendo compreendida por usuários do

plano de saúde, com contratos completos e coparticipativos, que serão subdivididos em grupos de hipertensos e gestantes. O estudo foi *quase* censitário, uma vez que 100% dos atendimentos de hipertensos e gestantes foram selecionados, mas na depuração dos dados algumas inconformidades foram excluídas, tornando-se uma amostra.

Optar por usuários com comorbidade, como os hipertensos, ou em condições especiais, as gestantes, contribui positivamente como a necessidade de demanda por saúde, uma vez que o indivíduo saudável é irregular e imprevisível na busca por promoção da saúde (FLEURY; BELMARTINO; BARIS, 2001; IUNES, 1995).

A escolha da doença crônica não transmissível, hipertensão, se deu por ser uma patologia de grande incidência no Brasil, seguindo o modelo de Fleury, Belmartino, Baris (2001), que utilizaram os grupos de risco locais, como parâmetro para escolha da sua amostra, em uma pesquisa que buscou analisar a utilização dos serviços de saúde. A hipertensão provoca um alto impacto econômico-financeiro no país, além dos óbitos, incapacidades e morbidades, uma vez que tal patologia é advinda do envelhecimento, e interfere na capacidade funcional do indivíduo, levando a perda da produtividade (BARBOSA, 2006). No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que os hipertensos passem por, no mínimo, dois acompanhamentos de saúde, com ênfase na patologia, com periodicidade semestral (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pertence ao grupo das doenças cardiovasculares que são responsáveis com 40% dos óbitos por acidente vascular encefálico, sendo um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo o seu controle uma prioridade na elaboração de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2006).



O grupo de hipertensos foi composto por 46.353 indivíduos adultos atendidos no ano de 2011, com faixa etária a partir de 30 anos, que foram triados no sistema da cooperativa médica pelo Código Internacional de Doenças 10 – CID 10, este código é uma informação obrigatória, exigida pela regulação de saúde no Brasil, é informado em prontuário e documentos referentes ao atendimento, anotados pelos profissionais de saúde durante o atendimento a clientela. O CID 10, I 10, classifica a hipertensão essencial (primária).

A escolha da hipertensão essencial (primária) está relacionada à sua causa multifatorial e por ter alta incidência no Brasil, o fato de ser primária se torna importante pela ausência de comorbidade, associada à hipertensão, que venha a influenciar, negativamente, nos resultados desta pesquisa (BRASIL, 2006). O hipertenso será avaliado quanto ao gênero, faixa etária e renda.

Hipertensos de ambos os sexos e com faixas de renda, representadas por uma variável “Proxy”, a acomodação, podendo ser enfermaria ou apartamento. O tipo de acomodação é moderado pelo valor do plano de saúde, sendo o custo da modalidade enfermaria mais baixo que o custo do apartamento. Estas variáveis foram distribuídas de forma independente, e que permitiram comparar a influencia de cada variável na demanda por saúde, quando, estes, contratam planos de saúde coparticipativos e completos.

Fleury, Belmartino e Baris (2001), avaliaram a utilização de serviços de saúde, por hipertensos, com idade igual ou maior a 30 anos, durante a reforma dos cuidados de saúde no Brasil, Argentina e México e identificou baixa procura pela utilização dos serviços de saúde. O risco para hipertensão cresce linearmente com a idade e para o indivíduo adulto este risco se dá dos 18 aos 74 anos (BRASIL, 2006).

Pesquisar a demanda por saúde, em gestantes, legitima-se pelo fato do acompanhamento pré-natal promove bem estar materno e neonatal e reduz o risco de morbidade e mortalidade, sendo a recomendado o mínimo de seis consultas, durante o período gestacional (BRASIL, 2005; FLEURY; BELMARTINO; BARIS, 2001). Nesta pesquisa a utilização de serviços de saúde realizada pelas gestantes foi selecionada pelos CID Z 33, Z 34, Z 34.0, Z 34.8, Z 34.9 e Z 36.9.

Foram estudadas 4.697 gestantes, que apresentaram gestação iniciada em 2010 e parto até 2011, por faixa etária e faixa de renda. A faixa etária para o acompanhamento pré-natal foi orientada pela média brasileira para início e fim da idade fértil, conforme informa o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2010), sendo este intervalo compreendido entre mulheres de 15 a 49 anos, o mesmo parâmetro foi utilizado por Fleury, Belmartino e Baris (2001), quando pesquisaram a utilização de serviços de saúde para o acompanhamento pré-natal e parto, no Brasil, Argentina e México.

A faixa de renda foi representada pela variável Proxy, acomodação. Associar a acomodação em apartamento ou enfermaria à faixa de renda é compreendido por estar diretamente relacionada ao tipo de escolha por bens, Costa (2008); Grossman (1972) e Fleury, Belmartino e Baris (2001), consideram as escolhas por serviços de saúde, por bens e por utilizações em saúde ao poder aquisitivo.

Os usuários estudados possuem planos regulamentados a partir da lei 9.656 de 1998 e planos que antecedem a esta legislação, as consultas de pré-natal e hipertensão, não sofrem restrições pela legislação em vigor, portanto o fato de possuir plano inferior a 1998 não caracteriza um impeditivo de acesso aos serviços estudados nesta pesquisa.

Os dados desta pesquisa foram coletados dos arquivos da cooperativa médica e projetados no banco de dados dos pesquisadores, para serem tratados e analisados. Antes da pesquisa, a empresa autorizou a coleta dos dados por meio de um documento de solicitação para pesquisa, informando-os dos principais objetivos da pesquisa e do uso das informações, garantindo-lhes a preservação do anonimato da empresa.

### **3.1.1 Tratamento dos dados**

A preocupação inicial foi de construir um banco de dados com todas as variáveis e observações coletada no sistema de informação da cooperativa médica, classificados em 4697 gestantes, no período de 2010 a 2011, e 46353 hipertensos, atendidos em 2011, estes foram organizados no Microsoft Office Excel 2007, e depurados quanto a possíveis inconsistências.

Nesta depuração foram detectadas gestantes hipertensas, as quais foram excluídas da pesquisa, evitando-se duplicidade de dados; homens no cadastro de gestantes; gestantes acima de 49 anos e hipertensos com data de nascimento sonegadas, todos os dados inconsistentes foram excluídos. A partir desta purificação elaborou-se um banco de dados para hipertensos e outro para gestantes. Segundo Hair Jr. *et al* (2005), a análise e dos dados a serem estudados é de extrema importância para que o banco de dados seja confiável, e nesta pesquisa, este cuidado foi tomado antes dos dados serem rodados no modelo estatístico.

A variável dependente, utilizações, é uma variável de contagem e representa o número de vezes que o usuário frequentou o serviço de saúde. As variáveis independentes são demonstradas por *Dummy*, onde o tipo de contrato está representado por plano coparticipativo (0) e completo (1); gênero masculino (0) e

feminino (1); tipo de acomodação enfermaria (0) e apartamento (1); a idade foi representada de forma contínua. A renda foi representada por um “Proxy”, sendo ela, o tipo de acomodação.

## Capítulo 4

### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com o objetivo de identificar se o tipo de contrato de plano de saúde influencia na utilização, foi utilizado o modelo estatístico de regressão de Poisson. Trata-se de um modelo estatístico para descrever dados de contagem, que permite a associação entre duas variáveis ou mais, simultaneamente, o que é denominado de regressão múltipla (HAIR JUNIOR *et al.*, 2005).

O objetivo da análise de regressões lineares e não lineares é encontrar um modelo de regressão que melhor se ajuste aos dados da pesquisa. Poisson é um tipo de regressão linear generalizada que analisa os dados, quando a variável dependente é de contagem, considerando o número de utilizações por indivíduos hipertensos e gestantes, de um plano de saúde (McCULLAGH; NELDER, 1989), conforme se propõe nesta pesquisa. Na regressão de Poisson, a variável dependente deve seguir uma distribuição de Poisson, conforme os gráficos 3 e 4, sendo a média da variável dependente igual à variância.

Uma vez escolhido o modelo, parte-se para a segunda etapa, a verificação da aplicabilidade do modelo escolhido. Para aplicar as verificações, desta segunda etapa, no grupo de hipertensos e gestantes, inicia-se a demonstração dos resultados para cada grupo específico, pelo perfil de cada grupo da amostra.

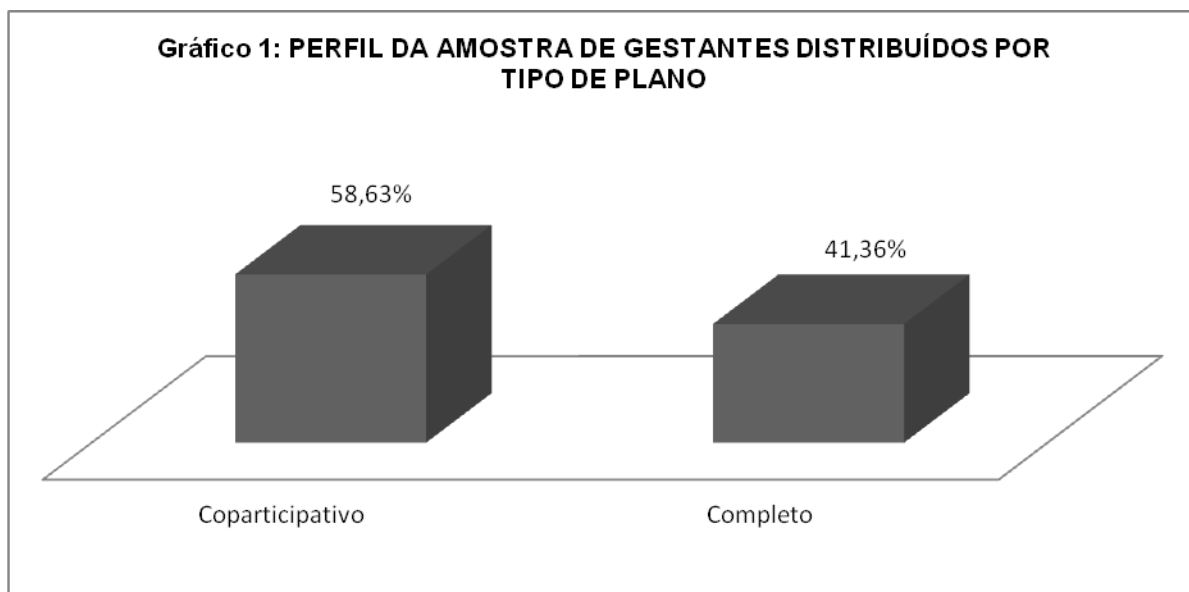


Gráfico 1: Perfil da amostra de gestantes distribuídos por tipo de plano  
Fonte: Dados da pesquisa

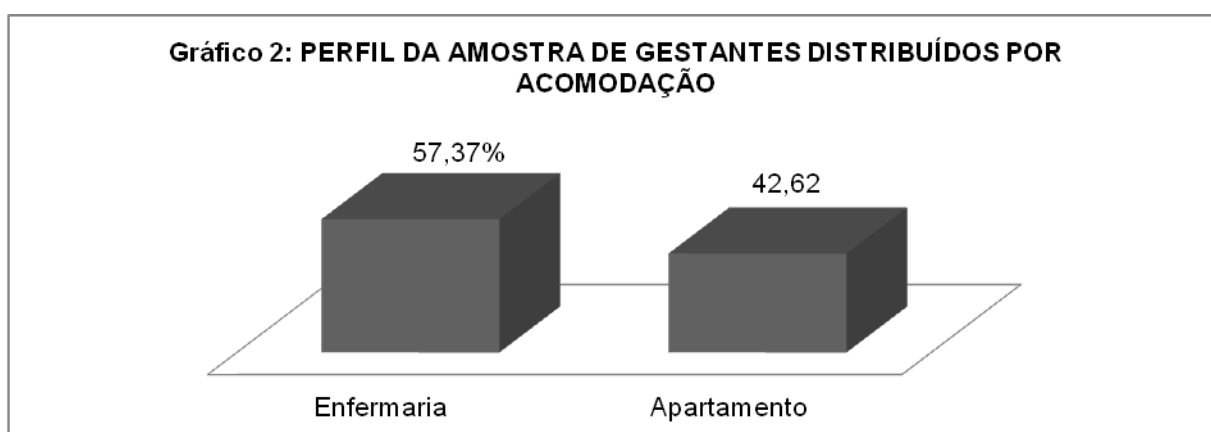


Gráfico 2: Perfil da amostra de gestantes distribuídos por acomodação  
Fonte: Dados da pesquisa

O perfil da amostra de gestantes mostra que 58,63% destas possuem plano de saúde com contrato coparticipativo e 41,36%, tem contrato de plano completo – Gráfico 1. 57,37% optaram pela acomodação enfermaria, o que representa uma acomodação de padrão econômico inferior, enquanto 42,62% utilizam acomodação em apartamento, conforme o gráfico 2. O sexo não foi especificado neste perfil, por ser o estado de gestação próprio do gênero feminino e a idade foi previamente estipulada nesta pesquisa, considerando as gestantes entre 15 e 49 anos (IBGE, 2010).

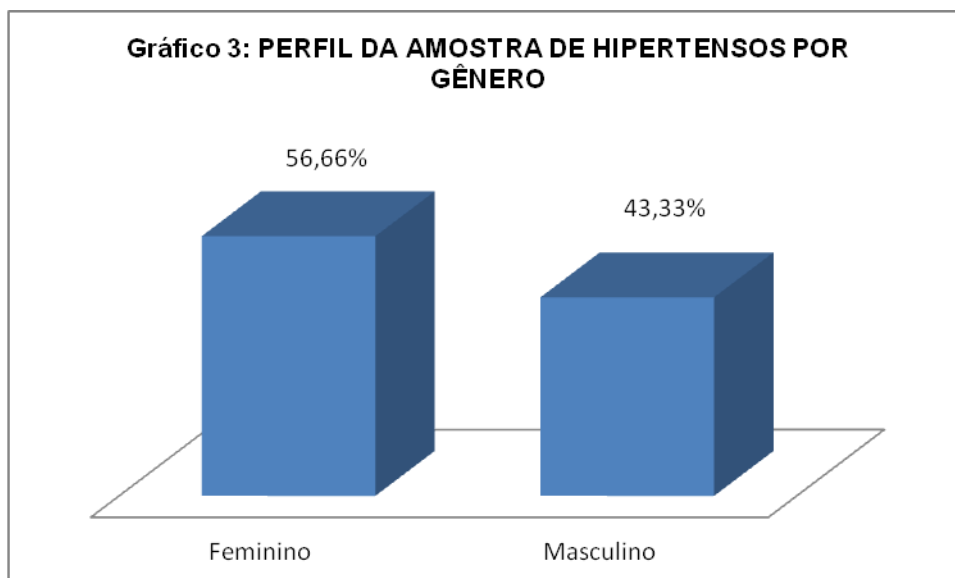


Gráfico 3: Perfil da amostra de hipertensos por gênero  
Fonte: Dados da pesquisa.

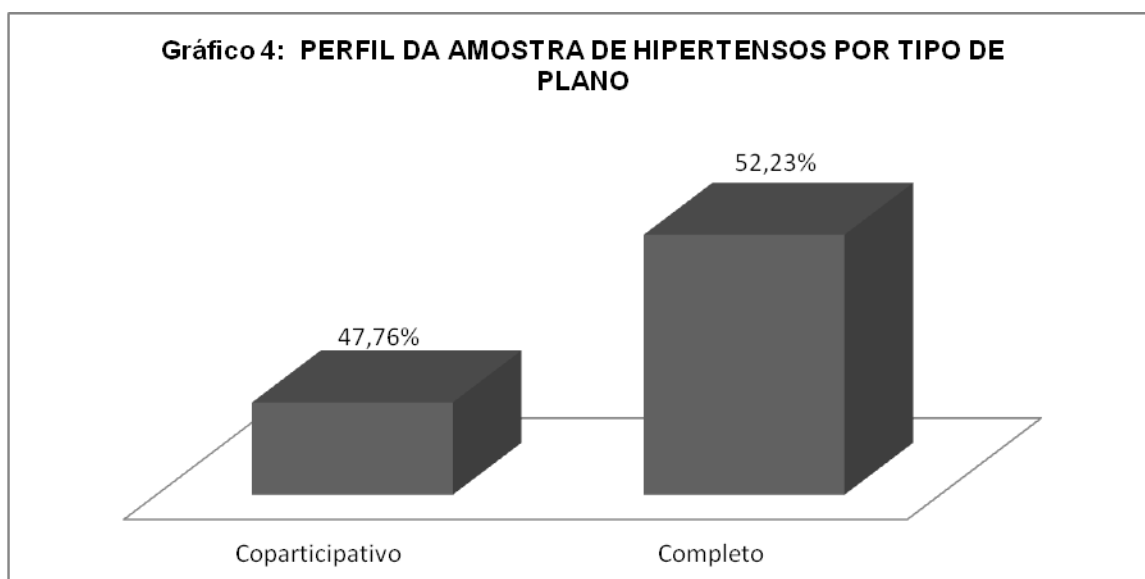


Gráfico 4: Perfil da amostra de hipertensos por tipo de plano  
Fonte: Dados da pesquisa.

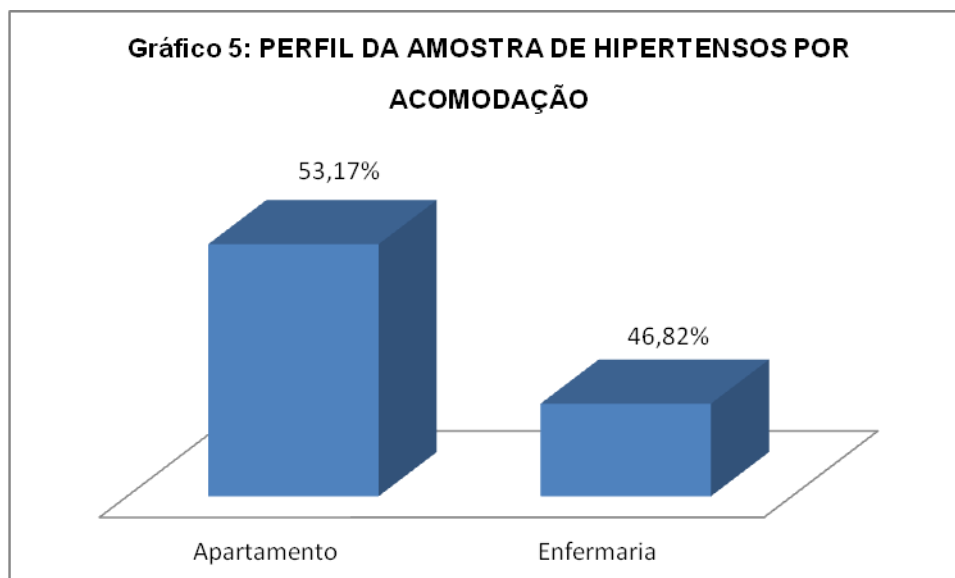


Gráfico 5: Perfil da amostra de hipertensos por acomodação  
Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 3 representa o grupo de hipertensos, formado por 56,66% por mulheres e 43,33% por homens. Esta maior projeção para sexo feminino pode representar a maior preocupação da mulher com a própria saúde, mas não confirma a estatística do Ministério da Saúde, que mostra maior incidência das doenças cardiovasculares para os homens (BRASIL, 2006).

Deste grupo, 47,76% contrataram plano de saúde coparticipativo e 52,23% optaram por planos completos (Gráfico 4). A escolha de um plano de saúde completo, por pessoas portadoras de doenças crônicas, é ótima, no ponto de vista da ANS, devido à necessidade de maior demanda aos serviços de saúde que este grupo necessita, fazendo com que a contribuição adicional seja maior (BRASIL, 2012).

Se tratando da renda, estimada pela “Proxy”, acomodação, no gráfico 5, 53,17% utilizam a acomodação de custo superior (apartamento) e 46,82% acomodam-se em enfermaria. Como o objetivo deste estudo é analisar a demanda por saúde, cabe ressaltar a importância da renda neste contexto, a teoria da demanda por saúde de Grossman (1972), previa maior busca por saúde por aqueles



que possuem maior renda, associando ainda a estes, as melhores condições de moradia, lazer, informação, acesso ao serviço de saúde, entre outros.

Nesta pesquisa, o teste diagnóstico escolhido para buscar o melhor modelo estatístico a ser utilizado foi o de regressão linear simples, por meio do programa estatístico *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 15.0.

Quando foi testada a distribuição da variável dependente, utilizou-se o histograma, conforme os gráficos 6 e 7.

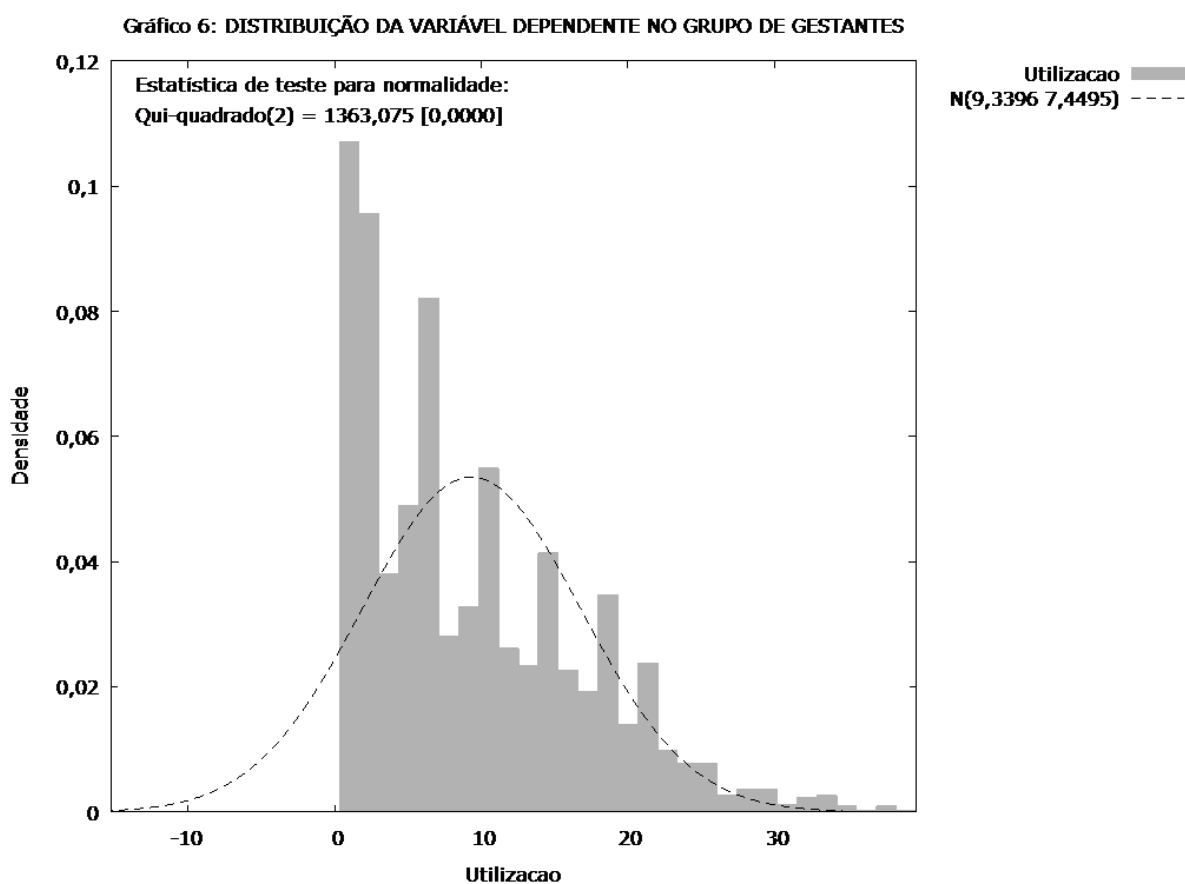


Gráfico 6: Distribuição da variável dependente no grupo de gestantes  
Fonte: Dados da pesquisa

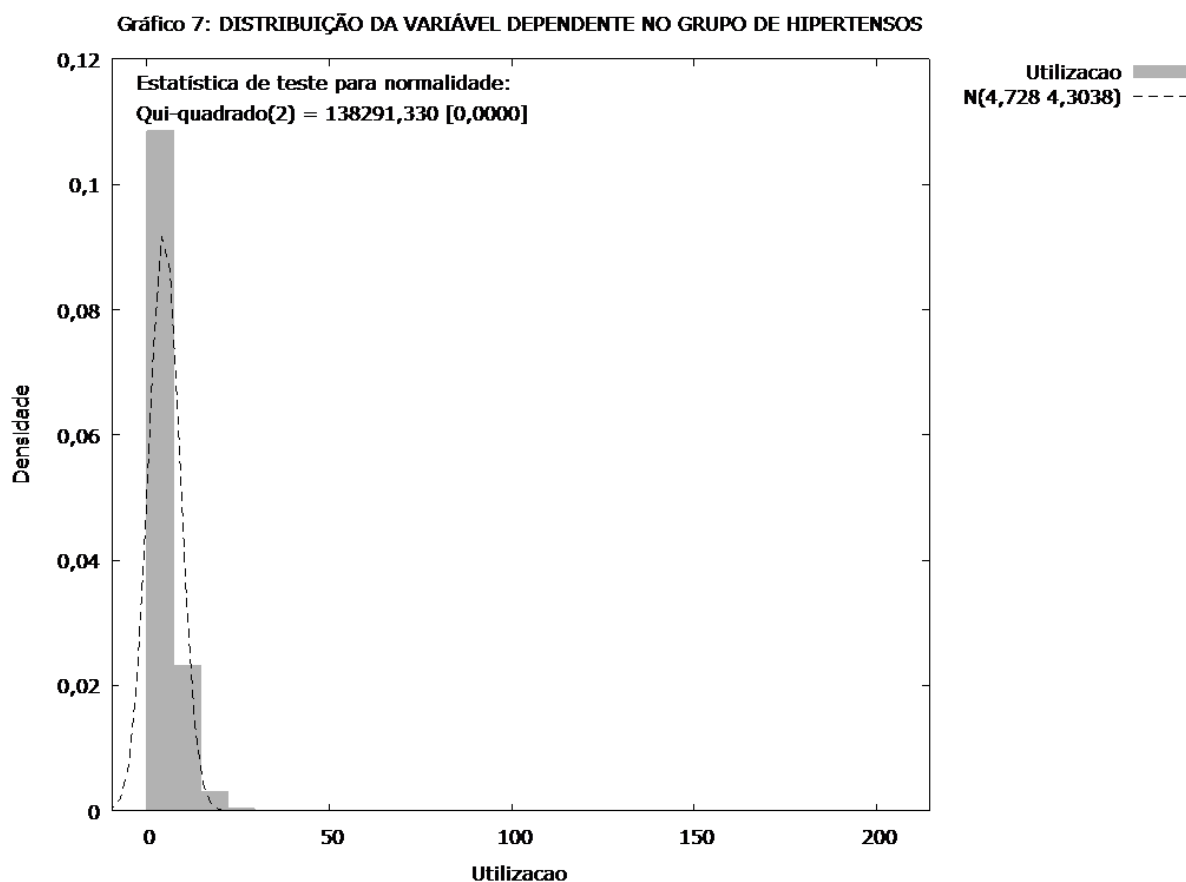


Gráfico 7: Distribuição da variável dependente no grupo de hipertensos  
Fonte: Dados da pesquisa.

Identificou-se, pelos gráficos 6 e 7, que a distribuição é de Poisson, uma vez que os dados não seguem uma distribuição normal e são não negativos em forma de contagem, tanto para gestantes, quanto para hipertensos, esta técnica de análise estatística é orientada por Schimidt (2003).

**TABELA 1: TESTE DE COLINEARIDADE PARA O GRUPO DE HIPERTENSOS**

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	Sexo	,983	1,017
	Plano	,989	1,011
	Acomodação	,974	1,026
	Idade	,968	1,033

a. Dependent Variable: Utilização

Fonte: Dados da pesquisa

**TABELA 2: TESTE DE COLINEARIDADE PARA O GRUPO DE GESTANTES**

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	Plano	,989	1,011
	Acomodação	,945	1,058
	Idade	,950	1,052

a. Dependent Variable: Utilizacao

Fonte: Dados da pesquisa

Nas Tabelas 1 e 2 foram verificados os valores da *Variance Inflation Factor* (VIF), que estima o quanto a variância do coeficiente  $\beta$  é inflacionada por sua colinearidade, para que esta análise seja concluída, estima-se um  $VIF > 10$  para que a colinearidade represente um problema entre as variáveis independentes (LEVINE *et al.*, 2008). Nesta pesquisa, os resultados mostraram um  $VIF < 2$ , o que representa uma baixa correlação entre as variáveis, atendendo a premissa do modelo de Poisson, de independência entre as variáveis.

**TABELA 3: TESTE DE CORRELAÇÃO PARA O GRUPO DE HIPERTENSOS**

Model		Idade	Plano	Sexo	Acomodação	
1	Correlations	Idade	1,000	-,022	-,122	-,219
		Plano	-,022	1,000	-,042	,096
		Sexo	-,122	-,042	1,000	,028
		Acomodação	-,130	-,090	,028	1,000
	Covariances	Idade	1,275E-6	-9,963E-7	-5,463E-6	-5,798E-6
		Plano	-9,963E-7	,002	-6,605E-5	,000
		Sexo	-5,463E-6	-6,605E-5	,002	,000
		Acomodação	-5,798E-6	,000	4,383E-5	4,383E-5

Fonte: Dados da pesquisa

**TABELA 4: TESTE DE CORRELAÇÃO PARA O GRUPO DE GESTANTES**

Model		Idade	Plano	Acomodação	
1	Correlations	Idade	1,000	-,060	-,219
		Plano	-,060	1,000	,096
		Acomodação	-,219	,096	1,000
	Covariantes	Idade	,000	,000	,000
		Plano	,000	,048	,005
		Acomodação	,000	,005	,050

Fonte: Dados da pesquisa

Na verificação da existência de problemas de colinearidade utilizou-se o teste de regressão linear. Foi testada a correlação entre as variáveis independentes. Quando testado para o grupo de gestantes e hipertensos (Tabelas 3 e 4), percebe-se que a correlação entre as variáveis é baixa, está baixa correlação se dá pelos resultados da Correlação de Pearson abaixo de 5% e por um valor de sig (teste de significância) menor que 0,05 (RUSSO, 2002).

#### 4.1 A APLICAÇÃO DO MODELO DE POISSON

Estudos citados no referencial teórico desta pesquisa mostram a influencia do gênero, da escolaridade e da renda, na demanda por saúde. Este estudo tem o objetivo de testar o fator tipo de plano e entender se o mesmo influencia na demanda por saúde. A regressão de Poisson foi o modelo estatístico adotado para se chegar a esta resposta, os dados foram rodados pelo *software* livre *Gnu Regression, Econometrics and Time-series Library – Gretl®*.

A equação utilizada no cálculo da regressão de Poisson define-se como:

$$E(y | x_1, x_2, x_3, x_4) = \exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4) \quad (1)$$

A interpretação dos coeficiente é dada por meio de:

$$\% \Delta E(y | x_1, x_2, x_3, x_4) \approx (100 \beta_j) \Delta x_j \quad (2)$$

ou seja,

A cada variação de 1 unidade em  $X_j$  verifica-se uma variação percentual de  $100 \cdot \beta_j$  no número esperado de utilizações mantidas constantes as demais variáveis:  $x_1$  – idade,  $x_2$  – gênero,  $x_3$  – tipo de plano e  $x_4$  – acomodação, para o grupo de gestantes a variável  $x_2$  – gênero, não se aplica.

**TABELA 5: REGRESSÃO DE TODAS AS VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NA ANÁLISE DE HIPERTENSOS**  
**MODELO DE POISSON**

	<i>Coefficiente</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>z</i>	<i>p-valor</i>	
Const	0,908079	0,00792412	114,5968	<0,00001	***
Sexo	-0,0490391	0,00434857	-11,2771	<0,00001	***
Plano	0,119215	0,00432105	27,5895	<0,00001	***
Acomodacao	-0,0025092	0,00435606	-0,5760	0,56460	
Idade	0,0110861	0,0001263	87,7756	<0,00001	***

Fonte: Dados da pesquisa

**TABELA 6: REGRESSÃO DE TODAS AS VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NA ANÁLISE DE GESTANTES**  
**MODELO DE POISSON**

	<i>Coefficiente</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>z</i>	<i>p-valor</i>	
Const	1,81959	0,0264065	68,9069	<0,00001	***
Plano	0,104751	0,00968204	10,8191	<0,00001	***
Acomodacao	0,169022	0,00983923	17,1784	<0,00001	***
Idade	0,00945907	0,000844717	11,1979	<0,00001	***

Fonte: Dados da pesquisa

A partir da regressão acima é possível verificar que o gênero masculino apresenta maior utilização dos serviços oferecidos pelo plano de saúde, sendo superior em 4,9% sobre a utilização feminina, tratando-se de hipertensos (Tabela 5), este resultado foi deferente para Costa (2008), quando testou a busca por saúde a partir da escolaridade moderada por gênero, as mulheres apresentaram melhores níveis de saúde. Se tratando de gestantes o gênero não é tratado, por ser a gestação uma condição unicamente feminina (Tabela 6).

A acomodação foi utilizada como *Proxy* de renda, por não haver outra informação como endereço ou renda no cadastro da cooperativa médica, sendo a acomodação à única informação passível de representar a renda dos beneficiários nesta pesquisa. Percebeu-se que a variável acomodação apresentou um efeito não significativo, quando comparado às demais variáveis, no grupo de hipertensos (Tabela 5). As informações acessadas foram gênero, idade, tipo de plano, especialidade médica utilizada, número de utilizações realizadas e código do cliente.

Para o grupo de gestantes (Tabela 6), a variável acomodação foi significativa e mostrou que as gestantes que mais utilizam os serviços pertencem a classes econômicas mais altas, uma vez que utilizam 16,9% mais acomodação apartamento, quando comparado à enfermaria. Grossman (1972), quando estudou a demanda por saúde, encontrou nas pessoas de renda superior maiores condições de escolher os melhores serviços de saúde, esta pesquisa contradiz esta teoria uma vez que os hipertensos que mais buscam serviços, na cooperativa médica pesquisada, utilizam enfermaria.

Quanto ao tipo de plano de saúde, o resultado mostra que, tanto para hipertensos como para gestantes, o tipo de plano mais utilizado foi o completo. Quando este resultado é considerado para o perfil do grupo de hipertensos (Tabela 5), a maior utilização do plano completo é explicada por se tratar do tipo de plano mais contratado pelos mesmos, porém, quando fazemos a mesma menção às gestantes, o resultado se inverte, pois a maioria das gestantes contratou o plano coparticipativo, conforme o gráfico 1, sendo representado por 16,9% das contratações, em relação ao plano completo.

O plano de saúde menos utilizado pelos dados desta pesquisa foi o coparticipativo, este resultado pode ser explicado por se tratar de uma estratégia para a redução do acesso aos serviços de saúde quando buscam controlar o risco moral (FIGUEIREDO; TEIXEIRA; 2007). Para Newhouse (1993), os contratos coparticipativos de planos de saúde podem oferecer risco à saúde do usuário, representado por um aumento das doenças crônicas não transmissíveis na população estudada, quando estes indivíduos deixam de fazer as buscas necessárias aos serviços de saúde.

O que realmente vem reduzindo a utilização dos serviços pelos beneficiários de planos de saúde coparticipativos, não se pode afirmar, mas pode-se em ambas as situações citas acima.

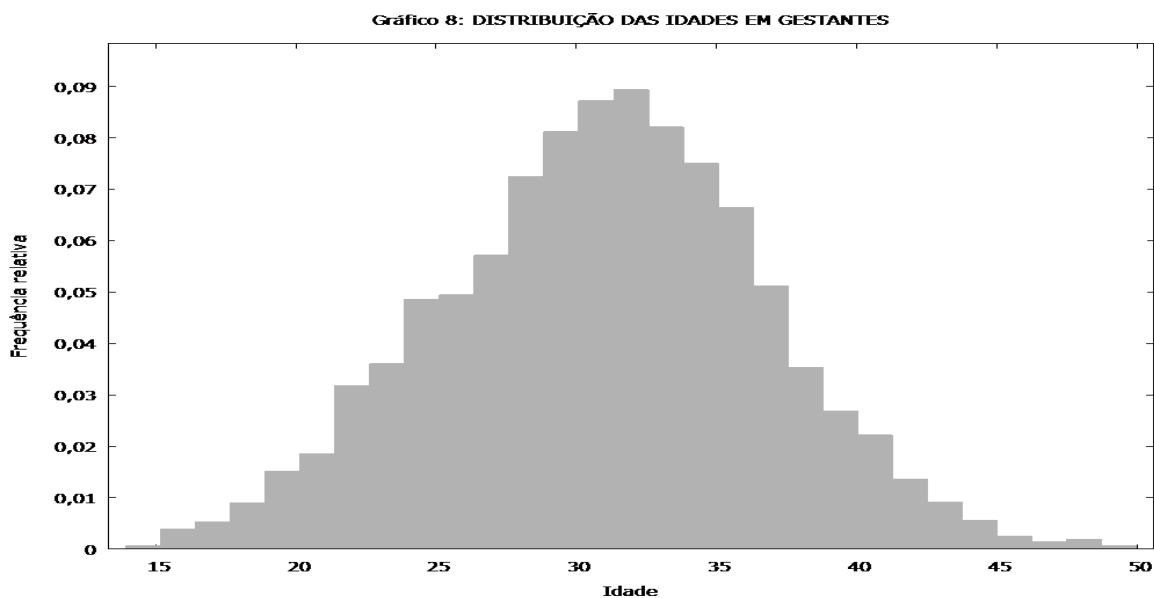


Gráfico 8: Distribuição das idades em gestantes

Fonte: Dados da pesquisa

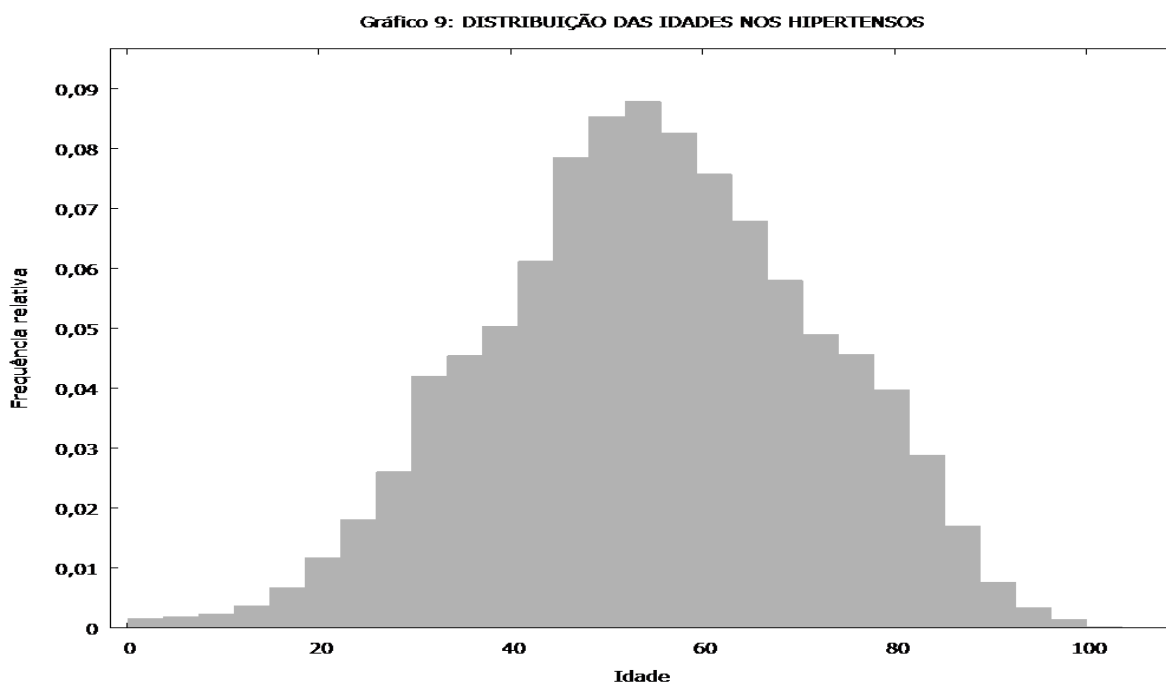


Gráfico 9: Distribuição das idades nos hipertensos

Fonte: Dados da pesquisa

Quando analisamos a idade dos usuários percebemos que, para os hipertensos, para cada ano de vida as utilizações aumentam em 1,1%, para o grupo de gestantes para o aumento de um ano de vida, as utilizações aumentam em 0,9%. As gestantes analisadas tem faixa etária entre 15 e 49 anos, que foram distribuídos em 29 classes, apresentando em média 31 anos, com desvio padrão de 5,7, conforme gráfico 8.

No gráfico 9, analisamos o comportamento das idades dos hipertensos, partindo da amostra que trabalhou com indivíduos entre 30 anos e mais, que foram distribuídos em 29 classes, apresentaram média de idade de 55 anos e desvio padrão de 16,99.

Com os resultados obtidos pode-se constatar que a hipótese da pesquisa foi confirmada, isto é, a maior utilização se dá nos contratos de planos de saúde completos, em relação aos coparticipativos, corroborando com os estudos de Andrade e Maia (2009), Figueiredo e Teixeira (2007), Andrade (2004) e Arrow (1963).



## Capítulo 5

### 5 CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi entender se os tipos de contratos de planos de saúde são fatores determinantes para moderar a demanda por saúde, em uma cooperativa médica do Espírito Santo. Para tanto, utilizou-se os dados do cadastro de clientes hipertensos e gestantes da cooperativa. Uma limitação desta pesquisa está na carência de informações do banco de dados que, por não ter sido elaborado para fins científicos, não oferece alguns dados considerados importantes pelo pesquisador, como renda, endereço e escolaridade dos beneficiários.

A análise dos dados permitiu elaborar considerações referentes ao problema e a hipótese formulada nesta pesquisa. A conclusão de que o plano de saúde mais utilizado, entre hipertensos e gestantes, é o plano completo confirma a hipótese da pesquisa. O fato de o plano coparticipativo ser o menos utilizado, mesmo sendo o mais comercializado entre o pagamento adicional, uma questão de comportamento do próprio usuário ou até mesmo uma forma positiva de controle do risco moral.

A redução do acesso aos serviços de saúde pelos portadores de planos coparticipativos pode ser preocupante caso esta redução do uso venha a afetar a saúde do indivíduo, da mesma forma ocorre no sistema de saúde público, quando a redução do acesso se dá por falta de vagas nos hospitais, vidas podem ser perdidas por estes motivos. Entender se a redução do acesso pelo plano coparticipativo é maléfica ou benéfica ao usuário é importante para compreender se a medida adotada está atendendo aos interesses a que se propõe.

Esta pesquisa não objetiva-se a investigar os motivos que levam o usuário a reduzir suas utilizações, mas outras pesquisas podem investigar se a redução das utilizações por usuários de planos coparticipativos se dá devido ao valor adicional por consulta e se este fator reduz, inclusive, as utilizações necessárias. Tanto para planos de saúde como para o SUS se torna importante investigar e controlar os fatores que levam a população a não investirem na sua saúde, pois é sabido que o tratamento de doenças se torna mais dispendioso que a prevenção.

Um fato que se destacou nesta pesquisa foi a maior utilização de hipertensos do sexo masculino, quando o maior número de beneficiários hipertensos do plano de saúde são mulheres. Este achado contradiz os resultados de outras pesquisas apresentadas neste estudo que encontraram nas mulheres os maiores níveis de saúde. Contudo, a estatística do Ministério da saúde ainda destaca o homem na maior incidência de doenças cardiovasculares, o que pode significar que as mulheres buscam os serviços mais precocemente, enquanto os homens buscam quando a hipertensão já se encontra em níveis mais avançados, podendo até apresentar doenças secundárias.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C. Diferenciais de utilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro. **Est. econ.**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 7-38, jan./mar. 2009.

ANDRADE, M. V. Financiamento do setor de saúde suplementar no Brasil: uma investigação empírica a partir dos dados da PNAD/98. In WERNECK, A. J.; MONTONE, J. (Orgs.). **Regulação e saúde**: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. v. 3, Tomo 1, p. 249-332.

ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **American Economic Review**, v. 53, n. 5, p. 941-973, 1963.

BALASSIANO, M. **Jogos eletrônicos e o mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos de Carreira, 2009. (Relatório de projeto de pesquisa).

BARBOSA, G. R. **Atividade física e doença arterial coronariana**: revisando a literatura. 2006. 145. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2006.

BATES, L. J. et al. Medical insurance coverage and health production efficiency. **The Journal of Risk and Insurance**, v. 77, n. 1, p. 211-229, 2010.

BRASIL. Lei nº. 9.656, de 3 de Junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), Senado Federal, 4 jun. 1998.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Beneficiários de planos de assistência à saúde por vigência e tipo de contrato do plano**: Brasil 2000 a 2005. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>>. Acesso em: 20 ago. 2010).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Informações para planos de saúde individuais e familiares**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php>>. Acesso em: 09 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

CARVALHO, E. B.; CECILIO, L. C. de O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, 2007.

CHANDRA, A.; GRUBER, J.; MCKNIGHT, R. Medical price sensitivity and optimal health insurance for the elderly. **Mimeo**, MIT, 2006.

CHERKIN, D.; GROTHAUS, L.; WAGNER, E. The effect of office visit copayments on utilization in a health maintenance organization. **Medical Care**, v. 27, p. 1036-1045, 1989.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

COSTA, R. R. F. **O efeito da educação sobre o estado de saúde individual no Brasil**. 2008. Dissertação (Mestrado em Economia) – Programa de Pós-Graduação em Economia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2008.

FLEURY, S.; BELMARTINO, S.; BARIS, E. **Reshaping health care in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and México**. Canadá: International Development Research Centre (IDRC), 2001.

FIGUEIREDO JÚNIOR, A. M.; TEIXEIRA, A. C. Mecanismo estratégico anti-hold up. In: CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 7. 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2007. 1 CD-ROM.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GOLDMAN, D. et al. Pharmacy benefits and the use of drugs by the chronically ill. **Journal of the American Medical Association**; v. 291, p. 2344-2350, 2004.

\_\_\_\_\_. Varying pharmacy benefits with clinical status: the case of cholesterol-lowering therapy. **American Journal of Managed Care**, v. 12, p. 21-28, 2006.

GROSSMAN, M. **The demand for health: a theoretical and empirical investigation**. New York: Columbia University Press, 1972.

GRUBER, J. The role of consumer copayments for health care lessons from the RAND health insurance experiment and beyond. **Kaiser Family Foundation**, oct. 2006.

HAIR JUNIOR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. São Paulo: Bookman, 2005.

McCULLAGH, P.; NELDER, J. A. **Generalized linear models**. 2. ed. Flórida: EUA: Chapman & Hall, 1989.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do registro civil**. 2010. v. 37.

KOETZ, C. I. A Influência das emoções na percepção do sinal de qualidade emitido por meio das variáveis de marketing. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO (ENANPAD), v. 33, 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009. 1 CD-ROM.

LEAL, R. M.; MATOS, J. B. B de. Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. **Rev. Adm. Empres.**, São Paulo, v. 49, n. 4, dez. 2009 .

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **RCO – Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 2, p. 8–18, jan/abr., 2008.

NEWHOUSE, J. P. **Free for all?: lessons from the RAND health insurance experiment**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.

O'DONNELL, W. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2820-2834, dez. 2007.

OLIVEIRA, E. X. G.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 20, p. 298-309, 2004.

UNICEF. **Cuidados primários de saúde**. Brasília (DF): OMS, 1979. (Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978).

PIVA, L. C.; BAPTISTA, P. de P. Relação entre a adoção de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças e a percepção de valor para clientes de plano de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO (ENANPAD), 2009, São Paulo (SP). **Anais...** São Paulo: ANPAD, 2009.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa. In: Conferência Internacional Sobre Prevenção da Saúde, 1., 1986, Ottawa (CAN). **Anais...** Ottawa: OMS, 1986.

RIBEIRO, J. M. et al. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 13, n. 5, p. 1477-1487, 2008.

RUSSO, S. L. **Gráficos de controle para variáveis não-conformes autocorrelacionadas**. 2002. 120 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2002.

SANTOS, F. P. **A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde complementar**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2006.

SCHMIDT, C. M. C. **Modelo de regressão de Poisson aplicado à área da saúde**. 2003. 98 f. Dissertação (Mestrado em Modelagem Matemática) – Programa de Pós-Graduação da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí (RS), 2003.

SILVA, P. F.; COSTA, N. R. **Saúde mental e os planos de saúde no Brasil**. Departamento de Ciências Sociais. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SOARES, M. A.; THÓPHILO, C. R.; CORRAR, L. J. Avaliação de indicadores econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileira: uma aplicação da análise fatorial. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO (ENANPAD), v. 33, 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009. 1 CD-ROM.

SOUZA, A. C.; RIBEIRO, C. M.; PRADO, P. H. M. Um estudo sobre os relacionamentos organizacionais do tipo *buyer-seller* entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços em saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO (ENANPAD), v. 33, 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009. 1 CD-ROM.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil: 1998 e 2003. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, p. 2490-2502, out. 2007.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. London: Sage Publication, 1994.

ZACCARELLI, S. B. A formulação de alternativas estratégicas. **RAUSP – Revista de Administração da USP**, São Paulo, v. 15, n. 1, jan./mar. 1980.