



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ECONOMIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

JULIA NATÁLIA RAMOS BRITO

**DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE E SAÚDE
AUTOAVALIADA: DESIGUALDADES REGIONAIS EM
PERSPECTIVAS COMPARATIVAS**

Salvador

2022

JULIA NATÁLIA RAMOS BRITO

**DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE E SAÚDE
AUTOAVALIADA: DESIGUALDADES REGIONAIS EM
PERSPECTIVAS COMPARATIVAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas.

Área de concentração: Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Stélio Coêlho Lombardi Filho.

Salvador

2022

B862

Brito, Julia Natália Ramos.

Demanda por serviços de saúde e saúde autoavaliada: desigualdades regionais em perspectivas comparativas/ Julia Natália Ramos Brito. - - Salvador, 2022.

74 f.; il.; tab.

TCC (Graduação) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Economia. Orientador: Prof. Dr. Stélio Coêlho Lombardi Filho.

1. Saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Desigualdades sociais. I. Universidade Federal da Bahia. II. Lombardi Filho, Stélio Coêlho. III. Título.

CDD: 362

JULIA NATÁLIA RAMOS BRITO

**DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE E SAÚDE AUTOAVALIADA:
DESIGUALDADES REGIONAIS EM PERSPECTIVAS
COMPARATIVAS**

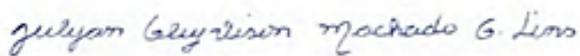
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas.

Aprovada em 22 de junho de 2022.

Banca Examinadora



Prof. Dr. Stélio Coêlho Lombardi Filho – Orientador
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Prof. Dr. Julyan Gleyvison Machado Gouveia Lins
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Prof. Dr. Vinícius de Araújo Mendes
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Dedico este trabalho à Gal (minha mãe), Ricardo (meu pai) e Cecília (minha irmã). Eles proporcionaram a base fundamental e indispensável que necessitei para caminhar ao longo desta graduação.

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a Deus, por ter me dado a força necessária para ter chegado até aqui, só Ele sabe o quanto eu senti que seria impossível em alguns momentos.

Gostaria também de agradecer à minha mãe e meu pai, que me deram a oportunidade de chegar onde eles não tiveram a chance, e todo o suporte necessário para prosseguir.

Agradeço à minha pequena irmã, Ceci, por ser um pontinho de calma e distração quando tudo parecia mais difícil.

Agradeço às minhas tias, Glayde e Fátima, por toda acolhida e suporte em Salvador. Vocês foram essenciais para a nossa adaptação na capital. Obrigada por todo o cuidado, sempre.

A Camila, agradeço por ter me levado pra fazer a matrícula lá no início, e por ter me incentivado a continuar desde então. Obrigada por todas as dicas e por todo o resto. Você me inspira!

Sempre serei grata a UFBA por ter me levado a lugares que jamais imaginei ir, e me proporcionado experiências que moldaram muito do que eu sou hoje.

Ao meu professor e orientador, Stélio, os meus mais sinceros agradecimentos, pois definitivamente eu não teria conseguido concluir esse curso sem ele. Obrigada por toda orientação, compreensão e cuidado. Por toda a acolhida. Por ter aceitado me orientar em pouco tempo. Por todo o apoio e todo o suporte. Nada do que eu escrever aqui será capaz de expressar minha gratidão.

Gostaria de agradecer, também, aos professores Rodrigo, Uallace e Gervásio. Em diferentes momentos, eu tive a oportunidade de ser orientada por vocês, foram períodos de muito aprendizado e só tenho a agradecer pelos ensinamentos.

Aos meus bons e velhos amigos “infieis”, eu sou grata todos os dias por ter encontrado vocês. Bea, no primeiro dia de aula você me guiou até nossa segunda aula. E a partir daí, seguimos

juntas em todos os momentos. Gabi, você nunca desacreditou de mim. Obrigada por ser meu porto seguro por toda essa jornada. Hingrid (Marília), o tanto que eu aprendi com você me renderia uma segunda graduação, você me inspira a querer ser alguém melhor. E Miguel (Guel), meu soteropolitano favorito, que nossa parceria e cumplicidade perdure por muito tempo.

À Jaquinha (Jaqueline), obrigada por ser minha amiga mais antiga e que me motiva desde sempre, por sempre seguir junto comigo, mesmo à distância.

A Duds (Felipe), agradeço, principalmente, por conseguir me fazer rir mesmo quando isso era a última coisa que eu queria fazer. A Alê (Alexandre), agradeço pelo companheirismo e amizade, você fez minha vida muito mais divertida.

Por fim, agradeço a todo mundo que eu esqueci de colocar aqui e que de alguma forma contribuiu para transformar esse processo longo e difícil numa experiência incomparável.

RESUMO

A forma como o indivíduo enxerga seu próprio estado de saúde pode influenciar a demanda por atendimentos relacionados à própria saúde. Dito isso, o presente trabalho busca analisar as relações entre as características demográficas, socioeconômicas e de saúde da população, e a demanda por serviços de saúde no país, comparando o efeito das variáveis utilizadas a nível regional e a nível estadual. Para tal fim, foram utilizadas as duas versões existentes do inquérito de saúde realizado a nível nacional, a PNS 2013 e 2019. A estratégia empírica adotada consistiu em empregar o estimador de variáveis instrumentais, de modo que a estimação foi realizada em dois estágios. Primeiramente, utilizando um indicador de infraestrutura urbana como instrumento, estimou-se a variável *Estado de saúde*, que representa a saúde autoavaliada predita do indivíduo. Em seguida, a referida variável foi utilizada como regressor em um segundo estágio, visando entender seus efeitos sobre a demanda por serviços de saúde. Dentre os principais resultados obtidos, pode-se destacar que o indicador teve efeito positivo sobre a saúde avaliada, em que pessoas com boa infraestrutura domiciliar apresentaram uma melhor probabilidade de avaliar bem sua própria saúde a nível regional e nacional. Além disso, também se verificou, a nível nacional, uma relação negativa entre o estado de saúde declarado e a demanda por serviços de saúde, ou seja, indivíduos que autoavaliaram seu estado de saúde como bom/muito bom exibem menor probabilidade de buscar serviços dessa natureza. Portanto, conclui-se que foi confirmada a nível nacional a hipótese de que um pior estado de saúde autodeclarado aumenta a probabilidade de procura por atendimento de saúde.

Palavras-chaves: Demanda por serviços de saúde. Saúde autoavaliada. Desigualdades regionais.

ABSTRACT

The way the individual perceives his own health status can influence the demand for care related to his own health. In this sense, the present study seeks to analyze the relationships between demographic, socioeconomic and health characteristics of the population, and the demand for health services in Brazil, comparing the effects of the variables used at regional and state levels. To this end, the two existing versions of the health survey carried out at national level were used, the PNS 2013 and 2019. The empirical strategy adopted consisted of using the instrumental variables estimator, so that the estimation was performed in two stages. First, using an urban infrastructure indicator as an instrument, the variable *Health status* was estimated, which represents the individual's predicted self-rated health. Then, this variable was used as a regressor in a second stage, aiming to understand its effects on the demand for health services. Among the main results obtained, it can be highlighted that the indicator had a positive effect on the assessed health, in which people with good domiciliar infrastructure were more likely to assess their own health as good/very good at regional and national levels. In addition, at the national level, a negative relationship was also found between the declared health status and the demand for health services, that is, individuals who self-rated their health status as good/very good are less likely to seek such services. Therefore, it was confirmed at a national level that the hypothesis of a worse self-reported health status increases the probability of seeking health care.

Key-words: Demand for health services. Self-rated health. Regional inequalities.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Realização da PNS em 3 estágios de seleção.....	27
Quadro 2: Descrição das variáveis utilizadas.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Percepção do estado de saúde como bom ou muito bom, segundo características demográficas, socioeconômicas e de saúde –PNS 2013.....	36
Tabela 2: Percepção do estado de saúde como bom ou muito bom, segundo características demográficas, socioeconômicas e de saúde –PNS 2019.....	37
Tabela 3: Procura por serviços de saúde e motivos correspondentes, PNS 2013.....	40
Tabela 4: Procura por serviços de saúde e motivos correspondentes, PNS 2019.....	41
Tabela 5: Resultados para a estimação do modelo probit de autoavaliação de saúde a nível estadual, regional e nacional, utilizando a PNS 2013.....	46
Tabela 6: Resultados para a estimação do modelo probit de autoavaliação de saúde a nível estadual, regional e nacional, utilizando a PNS 2019.....	48
Tabela 7: Resultados para a estimação do modelo probit de demanda por serviços de saúde estadual, regional e nacional, utilizando a PNS 2013.....	56
Tabela 8: Resultados para a estimação do modelo probit de demanda por serviços de saúde estadual, regional e nacional, utilizando a PNS 2019.....	58

LISTA DE SIGLAS

AES – Avaliação Econômica em Saúde

ATS – Avaliação de Tecnologia em Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

PPV – Pesquisa sobre Padrões de Vida

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 LITERATURA INTERNACIONAL	16
2.1.1 Os grandes teóricos da Economia da Saúde.....	17
2.1.2 Demanda por serviços de saúde: Evidências Internacionais	18
2.2 LITERATURA NACIONAL	21
2.2.1 Demanda por serviços de saúde: Evidências Nacionais	21
3 METODOLOGIA	26
3.1 FONTE E TRATAMENTO DOS DADOS	26
3.1.1 Sobre o plano amostral do inquérito PNS	27
3.1.2 Sobre o conteúdo da PNS	28
3.1.3 Compatibilizando os dados da PNS 2013 e 2019	30
3.2 ESTRATÉGIA EMPÍRICA	33
4 RESULTADOS	35
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA	35
4.2 RESULTADOS DOS MODELOS ECONOMETRÍCOS	42
4.2.1 Estimções para o estado de saúde	43
4.2.2 Estimções para a demanda por serviços de saúde	52
5 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE	66
APÊNDICE A: Questionários da PNS/2013 e PNS/2019	67
APÊNDICE B: Percepção do estado de saúde como ruim, segundo características demográficas, socioeconômicas e de saúde – PNS 2013.	68
APÊNDICE C: Percepção do estado de saúde como ruim, segundo características demográficas, socioeconômicas e de saúde – PNS 2019	69
ANEXO	70
ANEXO A: Objetivos específicos da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS, nos anos de 2013 e 2019	71

1 INTRODUÇÃO

O conceito de acesso aos serviços de saúde é bastante complexo em um país de dimensões continentais como o Brasil. Formado por 26 estados e um Distrito Federal, é o maior país da América Latina e o quinto maior a nível mundial com relação à sua extensão territorial (área de aproximadamente 8.510.345,538 km²). Seus estados compõem as cinco grandes regiões que subdividem o país, a saber: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, que podem diferir tanto entre si que por vezes parecem se tratar de lugares opostos e não vizinhos. Por essa razão, ao se considerar o estudo sobre determinado conceito em um país tão heterogêneo, é importante que este seja feito sob vários pontos de vista, pois generalizar pode trazer uma visão limitada sobre a realidade que se busca compreender.

Voltando ao conceito principal (de acesso aos serviços de saúde), este pode ser compreendido por diversos aspectos. Por exemplo, o aspecto econômico, relacionado à oferta e à demanda de serviços de saúde; o geográfico, que diz respeito à distância entre o demandante do serviço e a unidade prestadora de atendimento; o cultural, com relação ao senso comum de que problemas de saúde devem ser tratados e não prevenidos; entre outros. Segundo Assis e Jesus (2012), acesso aos serviços de saúde se relaciona ainda com três grupos de fatores: i) predisponentes, que são fatores prévios à existência de problemas de saúde e que interferem na predisposição de procurar/usar tais serviços; ii) capacitantes, que são fatores condicionados pela renda, pelo fato de possuir/não possuir cobertura para tais serviços (pública ou privada), e pela oferta de serviços; e iii) necessidades justificadas por um diagnóstico ou pela autoavaliação.

Pela ótica da Ciência Econômica, Grossman (1972) foi pioneiro em tratar a saúde como uma *commodity* mensurável, ao criar um modelo empírico para “boa saúde” que mudaria a forma como os temas de Economia e Saúde se relacionariam daquele ponto em diante. A suposição central do autor gira em torno de assumir que todo indivíduo nasce com um estoque de saúde inicial, que vai se depreciando até o ponto que seja necessário o incremento desse estoque por meio de investimentos em sua própria saúde. De tal modo, para mensurar a variável “boa saúde”, o autor sente a necessidade de construir um modelo sobre a demanda por serviços de saúde, dado que quem procura por cuidados em relação à saúde estaria em busca de incrementar o seu estoque de “boa saúde”.

Neste sentido, Albuquerque e outros (2017) buscaram analisar, para o Brasil, como o *status* de desenvolvimento de determinada região do país afetaria a oferta ou até mesmo a complexidade dos serviços de saúde disponíveis, comparando as mudanças entre o período de 2000 e 2016. Os autores constataram que as políticas de saúde acompanharam o desenvolvimento regional, como o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, do nível de renda das famílias, do nível educacional, da oferta de médicos e da medicina suplementar. Ou seja, para além das diferenças entre as regiões do país, dentro dessas regiões a concentração de renda, de atividade econômicas e outros fatores contribuíram para as desigualdades de oferta e, conseqüentemente, de acesso aos serviços de saúde.

O canal Summit Brasil¹ publicou em setembro de 2020 que pouco mais de 70% da população brasileira não tinha acesso a nenhum tipo de serviço de saúde suplementar/plano de saúde e dependia única e exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). As regiões Sul e Sudeste se destacam em apresentar as maiores porcentagens de indivíduos de posse de plano de saúde, enquanto as regiões Norte e Nordeste não chegam nem perto de alcançar a média nacional de 28,5% de pessoas cobertas por algum plano (seja ele médico ou odontológico).

Ao fazer um paralelo entre os dados elencados pelo jornal, o tema central abordado por Grossman (1972) e os resultados encontrados por Albuquerque e outros (2017), é possível concluir que pouco menos de 1/3 da população brasileira, concentrada nas regiões consideradas mais desenvolvidas do país, têm oportunidades mais variadas de acesso aos serviços de saúde e, desse modo, condições melhores de fomentar seu estoque da *commodity* “boa saúde”.

Verifica-se, portanto, que para o Brasil as desigualdades no acesso aos serviços de saúde acompanham as desigualdades socioeconômicas entre as regiões do país, de tal modo que se faz necessário um olhar mais acurado sobre duas regiões bem diferentes entre si: a região Sudeste e a região Nordeste. A primeira é composta por apenas quatro estados e não se destaca em extensão territorial, porém abriga uma parcela significativa da população brasileira e se configura como uma das regiões mais desenvolvidas do país a nível econômico, tendo como exemplo de sucesso o estado de São Paulo. Já a região Nordeste, por sua vez,

¹ Canal vinculado ao Jornal Estadão, que analisou dados publicados pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, realizada pelo IBGE. Visitado em: <https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/acesso-a-saude-150-milhoes-de-brasileiros-dependem-do-sus/>.

abriga nove estados e é historicamente reconhecida por exibir alguns dos piores indicadores sociais e econômicos do país, mas que há alguns anos vem melhorado seus índices de desenvolvimento e ganhando destaque a nível nacional, muito impulsionado pelo estado da Bahia.

Tendo em vista o que foi discutido, o presente trabalho tem como principal objetivo identificar e analisar os fatores explicativos sobre a saúde autoavaliada e a demanda por serviços de saúde no Brasil. Além disso, busca-se comparar a forma como as desigualdades regionais afetam o modo como o brasileiro enxerga sua saúde e a procura por atendimentos referentes à saúde. Para tanto, foram consideradas duas regiões de comparação, o Sudeste e o Nordeste, e dois estados importantes dessas regiões, São Paulo e Bahia. Finalmente, a fim de se entender como essas questões mudaram ao longo do tempo, serão utilizados os dados das edições de 2013 e de 2019 da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

Partindo da hipótese de que um pior estado de saúde leva a uma demanda mais elevada por serviços de saúde, este trabalho utilizou dados da PNS em um arcabouço de variáveis instrumentais, a fim de identificar como a saúde autoavaliada impacta a demanda por serviços de saúde no Brasil, e de que forma diferenças regionais impactam neste fenômeno.

Este trabalho pode contribuir para reforçar a importância da Pesquisa Nacional de Saúde na elaboração de políticas públicas eficientes com foco na área da saúde, levando em consideração as peculiaridades de cada região do país. O acompanhamento de dados de saúde, que já é de extrema relevância em situações “normais”, será crucial dentro de alguns anos, quando os impactos da pandemia sobre a percepção de saúde do brasileiro poderão ser mensurados e assim será possível comparar a evolução desse indicador.

Além do presente capítulo introdutório, este trabalho é constituído por mais quatro capítulos, a saber: Revisão da Literatura, que reúne os principais resultados de trabalhos nacionais e internacionais usados para embasar esta pesquisa; Metodologia, em que a fonte e o tratamento dos dados utilizados, juntamente com a estratégia empírica empregada, são detalhados; Resultados, que é dividido na análise descritiva e na apresentação e análise dos resultados das estimações realizadas; e Conclusão, que tece as considerações finais da pesquisa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo busca sintetizar os principais achados da literatura teórica e empírica sobre a temática de acesso aos serviços de saúde sob a ótica da demanda.

Em princípios do século passado, os conceitos de saúde e economia, quando juntos, se referiam literalmente ao aspecto econômico do setor de saúde, tais como a administração e a conduta empresarial de hospitais, situação financeira do setor, entre outros aspectos. Hoje, é consenso que a área da economia da saúde se caracteriza pela aplicação de conceitos econômicos na resolução de problemas, temas e fenômenos da saúde (REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA, 2003).

A Economia da Saúde procura relacionar os conceitos associados à temática de saúde ao conceito de eficiência, de modo que os gestores possam fazer o melhor uso dos recursos destinados a esse setor frente às necessidades de uma sociedade como um todo. Ou seja, em busca de maximizar a eficiência na área da saúde, é muito comum a realização de Avaliação Econômica em Saúde (AES – utilizada como um instrumento da Economia da Saúde), para que recursos, custos e potenciais ganhos neste setor sejam avaliados na tomada de decisões de gestores (MORAES *et al.*, 2006).

Andrade e outros (2007) analisaram a pesquisa e a produção científica sobre a Economia da Saúde no Brasil, se baseando nos grupos de pesquisa sobre o assunto cadastrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no período entre 1999 e 2004. Dentre seus principais resultados, os autores apontam que, em relação às áreas temáticas de atuação dos grupos de pesquisa, 73% correspondem à área de gestão de saúde, o que sugere uma relevância dos estudos de economia da saúde como instrumento de suporte na tomada de decisão dos responsáveis pela gestão da área no país.

Nos tempos mais atuais, a ATS² leva em consideração o impacto micro e macroeconômico de novas tecnologias no setor da saúde, sendo pautada no modelo de Medicina Baseada em Evidências para a coleta de diversas informações sobre segurança, eficácia, efetividade e

² ATS é a sigla para Avaliação de Tecnologia em Saúde.

validade das tecnologias de saúde para os cenários mais diversos, como é aconselhado por órgãos internacionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 12, 2008):

O desafio dos sistemas de saúde é o de identificar a alocação ótima dos recursos disponíveis para maximizar os cuidados em saúde, sendo o uso de ATS um caminho que permite que as decisões de cobertura sejam baseadas em evidências, melhorando a eficiência na alocação de recursos (ROCHA *et al.*, 2021, p. 3 e 4).

A avaliação econômica se torna, então, importante na medida em que permite visualizar as ações que dão certo e o que precisa ser melhorado, e para acompanhar a evolução da qualidade e do acesso ao longo do tempo a fim de entender o que funciona para gerenciar a saúde em diferentes regiões do país, com diferentes níveis de recursos à disposição.

Kenneth Arrow, ganhador do prêmio Nobel em Economia de 1972, também é conhecido por ser o responsável pelo “nascimento” da Economia da Saúde. Em seu trabalho seminal intitulado *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, publicado em 1963, Arrow trata mais especificamente da economia da assistência médica – e não da economia da saúde por completo. Entretanto, na época, um termo era considerado sinônimo do outro (assistência médica e saúde), de tal modo que Arrow ganhou reconhecimento como pioneiro no estudo de uma área tão importante nos dias que se sucederam (MÉDICI, 2017).

Dessa forma, fica clara a importância de uma área de estudo como a Economia da Saúde. É relevante que os dados sobre a saúde de uma população sejam periodicamente recolhidos e analisados para que políticas sejam pensadas em prol do bem-estar da população e levando em consideração suas características particulares.

2.1 LITERATURA INTERNACIONAL

A seguir, serão apresentados os principais destaques internacionais no âmbito teórico da Economia da Saúde, bem como trabalhos internacionais que tratam das questões de acesso aos serviços de saúde de diferentes lugares do mundo.

2.1.1 Os grandes teóricos da Economia da Saúde

Arrow (1963) trata em seu artigo sobre a economia da assistência médica de uma perspectiva econômica normativa (assistência médica é basicamente o conceito de organizações administradoras de seguros médicos/de saúde – nomeados de *health maintenance organization* no Estados Unidos – que segundo o autor são responsáveis por gerenciar e nivelar riscos morais existentes na relação entre médico e paciente). O trabalho consistiu em comparar o comportamento da “indústria dos serviços de saúde” com o comportamento econômico do mercado competitivo.

Para Arrow (1963), os riscos morais advêm do fato de que existe assimetria de informações entre médicos e pacientes, já que os médicos dominam o conhecimento sobre diagnósticos/tratamentos relacionados à saúde de seus pacientes (no cenário descrito pelo autor, os médicos/serviços de saúde são os “vendedores” e os pacientes são os “compradores”). Segundo o autor, o mercado dos cuidados médicos não é competitivo e não segue as normas da economia do bem-estar (*welfare economics*), de modo que o princípio de Ótimo de Pareto se torna inválido para a análise. A assimetria de informações é responsável, portanto, por tornar esse mercado caracterizado por um equilíbrio não competitivo. Este artigo reforçou o debate da época sobre a reforma do sistema de saúde, e também sobre o papel do Estado e do Mercado na oferta desses serviços (ARROW, 1963; RESTREPO; ROJAS, 2016; MÉDICI, 2017).

Quase uma década depois, Grossman (1972) tratou o conceito de boa saúde como *commodity* para construir um modelo de demanda pelo capital saúde. O autor se baseou no modelo de capital humano de Becker (1967), de tal modo que sua proposição central supõe que todos os indivíduos herdam em seu nascimento um estoque inicial de saúde que pode ser depreciado com a passagem do tempo – sendo a que a depreciação não é constante e o estoque de saúde atinge seu mínimo no evento da morte do indivíduo – e pode ser incrementado a partir de investimentos em saúde – sendo a capacidade máxima do estoque de saúde finita e variável de indivíduo para indivíduo.

Para mensurar a variável “boa saúde”, Grossman (1972) sente a necessidade de construir um modelo sobre a demanda por serviços de saúde, e trata o capital saúde como uma variável endógena, sendo a idade um fator que aumenta a demanda por cuidados à saúde – dado que a

depreciação desse estoque também aumenta com a idade. Logo, a idade acaba por aumentar os gastos com saúde, porque o estoque inicial se deprecia ao longo do tempo de vida e à medida que ela passa, mais se gasta com cuidados com a saúde. O autor aponta que pessoas com maiores rendas gastam mais em saúde. Ademais, ele conclui que pessoas com níveis educacionais mais elevados demandam um maior estoque ótimo de saúde, mas a correlação entre educação e despesas médicas é negativa, pois supõe-se que pessoas mais instruídas tendem a avaliar melhor seu estado de saúde e a necessidade de procurar ou não por atendimento.

Os trabalhos acima descritos se configuram como pesquisas seminais na área da Economia da Saúde e, por esta razão, merecem destaque. Abaixo, serão apresentados estudos que os sucederam e que deram relevância a esta temática ao redor do mundo.

2.1.2 Demanda por serviços de saúde: Evidências Internacionais

Frederickx (1998), ao tratar sobre os determinantes do estado de saúde e da demanda de cuidados de saúde na Tanzânia Rural, utilizou dados agregados da região e a variável de incidência de doença como indicador de estado de saúde. Com a temática da recuperação de custos destacada pelo autor, ele sugere que caso implementada de forma leviana na Tanzânia, sem a devida diferenciação de preços de acordo com o nível de renda, isso teria um efeito perverso na procura por atendimento relacionado à saúde de pessoas mais pobres, que não teriam condições de partilhar os custos pelo atendimento, o que denota uma grande importância da variável renda para esta análise. A distância até a unidade de saúde não foi um fator relevante para os mais pobres e não afetou sua demanda pelos serviços. Adicionalmente, a educação também não se mostrou um fator relevante na procura pelos serviços, o que segundo o autor pode estar relacionado à falta de informação por parte da população mais pobre da zona rural da Tanzânia.

Ensor e Cooper (2004), ao tratar sobre a demanda dos serviços de saúde, partem da perspectiva das barreiras de acesso enfrentadas pelas pessoas em países de renda baixa/média. Os autores destacam que um maior nível de educação pode diminuir o uso geral de serviços de saúde pois o indivíduo consegue autoavaliar seu estado de maneira mais acurada, além de aumentar as chances da utilização do serviço que é realmente desejado, com menos incidências de equívocos no momento da procura. Os custos de localização/distância são uma

barreira ao acesso aos serviços, e os autores apontam diversos estudos que observaram isso. O fator gênero enquanto barreira têm bastante influência cultural, o que significa que a depender do país/região, certo gênero apresenta mais dificuldade de acesso do que outro.

Os autores destacam, ainda, que aumentar a demanda por serviços não é tarefa fácil e que a intervenção estatal para redução das barreiras pode tornar o acesso a esses serviços mais equitativos e eficientes, e se justifica nas falhas de mercado em produzir esse ambiente – inclusive as barreiras estão relacionadas a essas falhas. Anos atrás, Arrow (1963) já levantava o debate sobre o papel do estado na garantia de acesso aos serviços de saúde.

O'Donnel (2007) pondera que existem problemas do lado da oferta e da demanda, mas foca nas problemáticas da demanda para avaliar o acesso aos cuidados de saúde nos países em desenvolvimento. O autor identifica que as disparidades de acesso têm relação com a renda, mas esta não é a única grande problemática: recursos insuficientes do sistema de saúde (bem como sua alocação inadequada entre os níveis de atenção/programas/regiões), barreiras culturais de aceitabilidade dos serviços, percepções equivocadas de enfermidades e da eficácia de seus cuidados são algumas questões que ainda precisam ser resolvidas. O autor aponta que a nível global pode até ser criada uma estratégia única para a resolução desta situação, mas que esta deve ser adaptada e aplicada de acordo com as condições e características locais.

Levando em consideração as taxas de usuário³ cobradas pela utilização de serviços de saúde em certas regiões do mundo, Lagarde e Palmer (2011) avaliaram o impacto da introdução, alteração ou extinção dessas taxas no acesso a tais serviços em países de média e baixa renda, por meio de uma revisão sistemática. Os autores pesquisaram 25 bases de dados internacionais e, dos 243 trabalhos selecionados, de 12 países diferentes, 16 se encaixaram em todos os critérios de inclusão estabelecidos. No geral, eles concluíram que a inclusão das taxas de uso, quando acompanhadas de uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde, são benéficas para o acesso. Já a inclusão ou aumento das taxas por si só impactam de forma negativa no uso dos serviços de saúde. Quando as taxas de uso são removidas, depois de

³ Lagarde e Palmer (2011) *apud* Banco Mundial (1987) definem em seu artigo *The impact of user fees on access to health services in low and middle income countries* que as taxas de uso devem fazer valer três objetivos, a saber: melhorar a eficiência de utilização ao reduzir o consumo desnecessário; complementar as fontes de financiamentos tradicionais aumentando as receitas e melhorando a qualidade do serviço; melhorar a equidade na distribuição dos serviços de saúde por meio da realocação desses recursos arrecadados de acordo com a necessidade.

algum tempo observa-se aumento no uso de serviços preventivos e de consultas ambulatoriais. Enfim, a redução das taxas aumenta a utilização dos serviços (há uma variação nesse aumento a depender do local).

Gutierrez e outros (2014) se propuseram a avaliar o acesso efetivo⁴ aos cuidados de saúde no México, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição de 2006 e 2012 (ENSANUT - Encuesta Nacional de Salud y Nutrición). Os resultados para a versão de 2006 mostraram que 55,71% da população mexicana carecia de proteção financeira, e que cerca de 1/3 da população tinha acesso efetivo aos serviços de saúde, sendo o percentual de mulheres com acesso ligeiramente maior que o dos homens. Para a versão realizada em 2012, os resultados apontaram que 26,6% da população não tinha nenhum tipo de proteção, enquanto mais de 50% da população total teve acesso efetivo aos serviços de saúde (novamente, o percentual de mulheres foi maior que o de homens). Os autores ainda apontam que para os 3 quintis socioeconômicos mais baixo, o acesso efetivo aumentou de 2006 para 2012. Em termos de peso relativo, os autores apontam que mais de 54% da falta de acesso efetivo foi resultado da ausência de proteção financeira, enquanto o restante deveu-se às barreiras/limitações de acesso aos serviços públicos.

Houghton e outros (2020) avaliaram as desigualdades socioeconômicas no acesso a serviços de saúde de quatro países latino-americanos, a saber: Colômbia, El Salvador, Paraguai e Peru, num estudo transversal baseado em pesquisas domiciliares nacionais de cada um desses países no período 2010-2016. A variável de interesse consistiu na parcela de indivíduos que informaram barreiras de acesso para procurar os serviços de saúde (como qualidade de atendimento, falta de tempo etc.).

O estudo apontou que é alta a porcentagem de indivíduos que deixaram de procurar atendimento por conta das barreiras de acesso, e que nos quantis de renda mais baixa essa situação é ainda mais forte em todos os países - e esse percentual não foi reduzido substancialmente durante o período analisado. Segundo os autores, é importante destacar que na Colômbia a desigualdade absoluta apresentou certa estabilidade, enquanto a desigualdade

⁴Os autores definem o acesso aos serviços de saúde comparando o número de pessoas que necessitam de atenção médica com o número de indivíduos que de fato são admitidos no sistema de saúde. Eles ainda destacam que o conceito de acesso a esses serviços deve ser abordado em pelo menos quatro dimensões: disponibilidade de serviços; capacidade de fornecer serviços de saúde equitativos; existência de barreiras de acesso (financeiras, organizacionais...); resultados de cuidados relacionados à saúde (GUTIERREZ *et al*, 2014).

relativa diminuiu ao longo do tempo analisado. O oposto disso ocorreu no Peru. No Paraguai foram observadas reduções significativas nas desigualdades socioeconômicas (tanto relativa quanto absoluta). Já em El Salvador, a desigualdade relativa aumentou durante o período estudado, enquanto a absoluta se manteve estável. Segundo os autores, os quatro países apontaram para melhorias nas desigualdades, mas ainda permaneceram com grandes lacunas entre as populações de renda mais baixa e mais alta.

Tendo os trabalhos desses pesquisadores em vista, pode-se concluir que questões como educação, renda, distância entre a residência e o local de atendimento, sexo e barreiras de acesso são fundamentais no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde - e até mesmo impactam na forma como o indivíduo avalia sua própria saúde. Também foi possível observar que a cobrança de taxas para obter atendimento tende a afastar populações de renda baixa dos locais de atendimento, o que direciona a discussão sobre programas de saúde de acesso universal e gratuito e sobre a utilização de planos de saúde privados como forma de escoar a demanda pelo serviço público de saúde. Na próxima seção, será abordada a perspectiva de autores do âmbito nacional.

2.2 LITERATURA NACIONAL

Apesar de temas da área de saúde terem se tornado destaque e alvo da preocupação coletiva ao longo dos últimos três anos, de tal modo que expôs ao grande público as desigualdades enfrentadas pelas diferentes regiões do país quando se trata deste setor, não é tão recente a preocupação em se entender de modo mais profundo o espectro “saúde” do país. Desde o princípio do milênio que o tema de acesso/demanda por serviços de saúde tem ganhado notoriedade no âmbito da pesquisa acadêmica nacional e, como será visto em seguida, muitos pesquisadores deram sua contribuição para a compreensão do tema em um contexto complexo como o do Brasil.

2.2.1 Demanda por serviços de saúde: Evidências Nacionais

Tendo a criação e a implementação do SUS, em 1990, como aspecto central, Travassos e outros (2000) elaboraram um estudo cujo o principal objetivo foi comparar, sob as dimensões geográfica e social, o padrão de equidade de consumo de serviços de saúde antes e depois do referido sistema, com foco nas regiões Nordeste e Sudeste. Utilizando dados da Pesquisa

Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989 e a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV) de 1996/97, realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os autores padronizaram as duas bases para que fosse possível comparar os resultados sobre a utilização dos serviços de saúde entre as duas regiões.

Os resultados encontrados mostraram que condições sociais desfavoráveis do Nordeste contribuíram para a redução na probabilidade de utilização de serviços de saúde. Com relação à estrutura do consumo, o Nordeste apresentou maior participação relativa de uso de serviços oferecidos em postos de saúde, enquanto o Sudeste se destacou na utilização de consultórios e clínicas particulares. Com a implementação do SUS, observou-se variação da estrutura de consumo em ambas regiões, bem como o aumento relativo da utilização de hospitais. Em ambas regiões foi predominante o uso de clínicas particulares por pessoas cobertas por um plano de saúde, enquanto pessoas sem plano foram a maioria a utilizar os serviços de hospitais/centros de saúde.

Objetivando identificar a relevância do gênero na utilização de serviços de saúde, Travassos e outros (2002) analisaram as relações entre gênero, condição social e características familiares para identificar o perfil de consumo desses serviços no país. Usando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, os autores empregaram modelos de regressão logística (utilizando variáveis individuais e familiares) para avaliar informações de homens e mulheres com e sem restrições de atividade por motivos de saúde nos 15 dias anteriores à realização da pesquisa. Os resultados obtidos sugeriram que mesmo ao controlar o efeito da restrição de atividades por motivos de saúde, as mulheres foram maioria na utilização dos serviços de saúde; o poder aquisitivo familiar, bem como as características sociais individuais foram variáveis que influenciaram o uso desses serviços para homens e mulheres, o que aponta, segundo os autores, para um perfil socialmente desigual.

Kassouf (2005), também fazendo uso dos dados da PNAD de 1998, procurou analisar quais foram os fatores determinantes da demanda por serviços de saúde por motivos de doença no Brasil, para pessoas entre 20 e 40. Os resultados encontrados pela autora apontam que, tanto na área urbana quanto na área rural, o estado de saúde individual teve grande peso na determinação da demanda por atendimento relacionado à saúde. A nível urbano a escolaridade se mostrou eficaz em reduzir tal demanda. Os resultados apontam também que a prevenção e

a melhoria da infraestrutura domiciliar colaboram com a elevação do nível de saúde da população e, conseqüentemente, reduzem a procura por serviços de atendimento.

Acerca dos determinantes da estrutura de gastos privados familiares com saúde, Andrade e outros (2006) analisaram esta questão levando em conta características familiares e socioeconômicas a partir da PNAD 1998. Usando um modelo Tobit, os autores estimaram, primeiro, a probabilidade de gastar com serviços de saúde e, em seguida, qual seria a quantidade desses gastos. Os resultados apontaram que fatores como as condições socioeconômicas das famílias (o mais relevante), as condições de saúde e as características demográficas são importantes determinantes tanto da probabilidade de se gastar com serviços de saúde quanto da quantidade a se gastar, e isso sugere a existência de desigualdade no acesso ao serviço de saúde privado – pessoas de maior renda/nível de instrução consomem mais desse tipo específico de serviço. Os autores ainda destacam que isso não significa que pessoas de menor renda, que gastam menos com saúde privada, tem sua necessidade completamente assistida pelo setor público.

Silva e outros (2011), utilizando os dados do suplemento de saúde das PNADs 2003 e 2008, demonstraram a evolução do atendimento referente à saúde no Brasil no âmbito do SUS. A variação percentual de pessoas que procuraram por atendimento à saúde se manteve constante de 2003 para 2008. Nos dois períodos analisados, pessoas de renda mais elevadas, mulheres e indivíduos brancos foram os grupos que mais utilizaram serviços de saúde.

Arruda, Maia e Alves (2018), utilizando o suplemento de saúde da PNADs de 1998 e 2003 e o modelo de regressão logística binária (baseando-se na metodologia proposta por Oxaca e Blinder), analisaram os fatores determinantes do acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais e urbanas do Brasil. Seus resultados apontaram que as áreas rurais, em comparação às áreas urbanas, apresentam um percentual muito baixo de pessoas com acesso a algum plano de saúde, e um menor número de pessoas que declararam seu estado de saúde como bom (apesar de o percentual de pessoas que autodeclararam possuir alguma doença crônica ter sido maior para a área urbana).

Além disso, também se verificou que, apesar de a procura por atendimento ter aumentado nas duas áreas com o avanço dos anos, ela sempre foi menor na área rural. Segundo os autores, controlados os fatores de necessidade, capacitação e predisposição, a educação acaba

sendo um fator que aumenta a probabilidade de acesso a esses serviços. Os autores apontam que a necessidade é fundamental para determinar o acesso aos serviços, e que a capacitação é imprescindível para explicar as diferenças entre áreas rurais e urbanas – a oferta inadequada nas áreas rurais acaba se tornando barreiras de restrições de acesso.

Mais recentemente, Malta e outros (2021) utilizou os dados da PNS 2013 e 2019, buscando avaliar o acesso e a demanda por serviços de saúde, comparando os dois períodos pelo método de estudo transversal. Os resultados mostraram que, nos 15 dias que antecedem a realização da pesquisa, houve um crescimento relativo de 22% na procura por atendimento entre 2013 e 2019 (sendo idosos, mulheres e população com maior escolaridade as que mais buscaram tais serviço), bem como uma diminuição de 11% para o acesso aos serviços de saúde. A procura por atendimento foi impulsionada por motivo de doença e por prevenção. Os autores concluem que o crescimento populacional, o crescimento das desigualdades e as políticas de austeridade (que resultaram em desemprego), bem como outros fatores conjunturais, influenciam no aumento da demanda por tais serviços. Já os Indivíduos com posse de plano de saúde apresentaram maior uso de serviços entre os períodos.

Também fazendo uso das duas versões do inquérito da PNS (2013 e 2019), Szwarcwald CL e outros (2021) analisaram as mudanças no padrão de uso dos serviços de saúde no país para os dois períodos de análise, utilizando os modelos de regressão Poisson para avaliar os fatores explicativos que influenciaram a procura por atendimento de acordo com o motivo de problema de saúde ou prevenção. Como Malta e outros (2021), esses autores também atestaram aumento na demanda pelos serviços de saúde quando se compara os dois períodos de análise. O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida justifica esse dado. Com relação ao plano de saúde, a porcentagem de pessoas sem acesso a esse serviço manteve-se praticamente constante nos dois períodos – em torno de 70%. Controlando as outras variáveis usadas, a renda não se mostrou significativa para o aumento do atendimento por motivo de saúde.

Com base nos resultados acima, pode-se dizer que no Brasil a região de localização do indivíduo é peça chave na oferta e na qualidade do serviço de saúde encontrado. Na maioria dos estudos, a variável renda foi um fator que impulsionou a demanda por serviços de saúde, e ainda incrementou a oportunidade de acesso do indivíduo: pessoas de renda maior tendem a ter planos de saúde, o que diminui a sua dependência do SUS. Mas é válido ressaltar que a

imensa maioria da população não tem acesso a nenhum tipo de seguro de saúde. Os autores nacionais parecem concordar que o sexo que mais busca por atendimento relacionado à própria saúde é o feminino, o que pode estar relacionado à questão cultural citada pelos autores internacionais. No Brasil, é de senso comum enxergar a figura masculina como “resistente” e isso pode gerar certa insegurança para procurar serviços de saúde. A variável educação se mostrou divergente: a maioria dos estudos a indicou como estando negativamente relacionada à procura por serviços de saúde, em concordância com a visão de que pessoas mais instruídas têm uma capacidade de autoavaliação de saúde mais precisa. Todavia, no estudo de Malta e outros (2021) tal variável se mostrou positivamente relacionada com a demanda por serviços de saúde.

Tendo em vista a discussão realizada neste capítulo, o presente trabalho pretende analisar a relação entre as características socioeconômicas, demográficas e de saúde da população sobre a demanda por serviços de saúde no Brasil, fazendo um recorte para as regiões Nordeste e Sudeste, e para os estados da Bahia e São Paulo. Empregou-se o método de variáveis instrumentais para estimar como a autoavaliação individual de saúde impacta a demanda por serviços de saúde.

Os dados da PNS 2013 e 2019 são utilizados para comparar a evolução deste indicador ao longo do período de análise, apresentando uma perspectiva nacional, regional e estadual. Como contribuição, pretende-se reforçar a importância de uma base de dados que seja alimentada periodicamente para avaliar as evoluções que o país tem alcançado no tema de saúde e para auxiliar na promoção/melhoria de políticas públicas pensadas de acordo com as necessidades de cada região.

3 METODOLOGIA

Este capítulo descreve os aspectos metodológicos da pesquisa, detalhando a fonte e o tratamento dos dados, bem como a estratégia empírica empregada. Conforme apontado anteriormente, o objetivo central do estudo é analisar os fatores explicativos sobre a saúde autoavaliada e a demanda por serviços de saúde no Brasil, realizando-se, inclusive, comparações a nível regional e estadual.

3.1 FONTE E TRATAMENTO DOS DADOS

A principal fonte de dados na qual se baseou a realização desta pesquisa foi a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Essencialmente, foram utilizadas as duas versões existentes deste inquérito, a saber: 2013 e 2019⁵. De modo geral, a PNS é um levantamento de base domiciliar que tem como foco a saúde dos brasileiros a nível nacional, na medida em que produz dados sobre a autoavaliação de saúde da população e sobre suas necessidades de serviços de saúde. Ela é realizada pelo Ministério da Saúde e coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com o IBGE. A pesquisa é parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, portanto utiliza a mesma estrutura amostral de outras pesquisas do instituto (FIOCRUZ, 2021).

É importante ressaltar que antes da existência da PNS, aspectos relacionados à saúde eram abordados em suplementos da PNAD, e foi a partir de 1998 que resolveu-se realizar esse levantamento de modo regular e periódico (quinquenal), para que fosse possível o acompanhamento compatível dos resultados em anos subsequentes – 1998, 2003 e 2008.

Segundo Fiocruz (2021), os três eixos principais deste inquérito são: o desempenho do sistema de saúde nacional, as condições de saúde da população e a vigilância de doenças e agravos de saúde e fatores de risco associados a elas. Também foram considerados os critérios de equidade, tendo em vista os estudos que apontam que condições sociais têm influência positiva sobre a prática de comportamentos saudáveis, na distribuição de serviços de saúde e no padrão de morbi-mortalidade. Ainda segundo a Fiocruz (2021), a população-alvo da

⁵A intenção inicial era de que a periodicidade da pesquisa fosse quinquenal (que ocorresse de 5 em 5 anos), mas segundo o site oficial da PNS/Fiocruz: “por questões relacionadas ao seu delineamento e execução, a segunda edição foi realizada no ano de 2019”. Acessado em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/delineamento-da-pns/>

pesquisa foram os moradores de domicílios particulares do país, exceto os localizados nos setores censitários especiais⁶.

3.1.1 Sobre o plano amostral do inquérito PNS

Segundo a Fiocruz (2021), o plano amostral da PNS foi construído em três estágios de seleção, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA). O Quadro 1 descreve os três estágios de seleção que foram usados para que fosse possível calcular o tamanho da amostra do inquérito.

Quadro 1: Realização da PNS em 3 estágios de seleção.

Estágio	Como foi realizado
1º	A seleção das unidades primárias de amostragem (setores censitários ou composição de setores) foi realizada por amostragem aleatória simples, mantendo a estratificação da Amostra Mestra da PNAD.
2º	Um número fixo de domicílios particulares permanentes foi selecionado aleatoriamente em cada UPA selecionada no primeiro estágio, a partir do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE).
3º	Dentro de cada domicílio da amostra ⁷ , um morador (com 18 ou mais anos de idade em 2013, e com 15 anos ou mais de idade em 2019) foi selecionado com equiprobabilidade, a partir de uma lista de moradores elegíveis construída no momento da entrevista, para responder à entrevista individual.

Fonte: elaboração própria, com dados do site oficial da PNS – FIOCRUZ 2021.
<https://www.pns.icict.fiocruz.br/delineamento-da-pns/>

A PNS permite a estimação dos principais indicadores no nível de Unidade da Federação (UF) e capital, mas alguns indicadores de interesse podem ser divulgados em menores níveis de desagregação geográfica: capital, restante da região metropolitana, e restante da UF. O

⁶São considerados exemplo dos setores censitários especiais: aglomerados subnormais, quartéis, bases militares etc., alojamento, acampamentos, embarcações, barcos, navios, aldeia indígena, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos, hospitais, e assentamentos rurais.

⁷Para calcular a amostra da pesquisa necessária para a estimação de parâmetros de interesse em níveis diferentes de desagregação geográfica, os elaboradores do inquérito consideraram quatro aspectos, a saber: estimação de proporções com nível de precisão desejado em intervalos de 95% de confiança; efeito do plano de amostragem (EPA), por se tratar de amostragem por conglomeração em múltiplos estágios; número de domicílios selecionados por UPA; proporção de domicílios com pessoas na faixa etária de interesse (FIOCRUZ, 2021). Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/delineamento-da-pns/>.

questionário da PNS encontra-se dividido em três partes: o questionário domiciliar, o questionário de todos os moradores e o questionário individual. Os dois primeiros podem ser respondidos por um residente do domicílio que saiba informar sobre a situação socioeconômica e de saúde de todos os moradores. Já o questionário individual pode ser respondido por um morador selecionado com equiprobabilidade entre todos os residentes do domicílio da faixa etária alvo (FIOCRUZ, 2021).

O trabalho de campo foi responsabilidade do IBGE nas duas edições. Em 2013, ao final do trabalho de campo, 69.994 domicílios estavam ocupados e foram realizadas 64.348 entrevistas. Em 2019, por seu turno, 108.525 domicílios foram visitados e 94.114 entrevistas foram realizadas. A taxa de não-respostas foi de, respectivamente, 8,1% e 6,4% (FIOCRUZ, 2021).

Ainda segundo a Fiocruz (2021), os fatores de expansão foram calculados pelo inverso do produto das probabilidades de seleção em cada estágio, incluindo um fator de correção para as perdas. Após a ponderação das bases pelos fatores naturais de expansão, foi realizado um processo de calibração com base nas projeções populacionais para o Brasil e Unidades da Federação. Para permitir comparações entre as duas edições da PNS, o IBGE realizou uma nova calibração dos fatores de expansão da PNS/2013.

3.1.2 Sobre o conteúdo da PNS

Szwarcwald CL e outros (2014) destacam que a PNS/2013 inclui os módulos de acesso e avaliação dos serviços de saúde e o de cobertura de plano de saúde na íntegra do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), com o mesmo esquema de realização quinquenal, para que fosse possível comparar os resultados obtidos em 1998 e em 2013.

Segundo Fiocruz (2021), além desses módulos, foram propostas questões para mensurar o acesso à assistência médica em variados níveis de atenção, incluindo exames complementares de diagnóstico e consultas com médicos especialistas, bem como para analisar a assistência de saúde sob a perspectiva do usuário em termos de tempo de espera e dificuldades na obtenção do atendimento. A pesquisa também abordou a questão das condições de saúde da população. E diante do aumento de casos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), questões

relacionadas à presença e ao tratamento de DCNT também mereceram atenção da pesquisa. Foi feito um módulo específico tratando sobre comportamentos saudáveis. A PNS/2013 incluiu, ainda, medidas antropométricas e de pressão arterial, bem como coleta de sangue e urina.

Já a PNS/2019 deu continuidade à grande parte dos módulos abordados na primeira versão da pesquisa, dado que um dos principais compromissos desse inquérito é manter a continuidade para que seja possível a realização de análises comparativas.

Dentre os principais diferenciais entre a versão de 2013 e a de 2019, o que se pode destacar é a alteração da faixa etária na segunda edição – a primeira só considerava indivíduos acima de 18 anos para a entrevista individual, ao passo que em 2019 a idade mínima foi de 15 anos. Houve também a inclusão de novos módulos, atendendo a demanda de áreas técnicas do Ministério da Saúde. Na metodologia de entrevista dos módulos sensíveis (como violência, doenças transmissíveis ou atividade sexual), houve a possibilidade do autopreenchimento do questionário se o participante desejasse. Os novos módulos demandados e incluídos foram: o de doenças transmissíveis, que aborda sintomas de tuberculose e hanseníase e infecções sexualmente transmissíveis; o de práticas de comportamento sexual; o de atendimento médico, com enfoque no acesso e qualidade da atenção primária à saúde; e o de pré-natal do parceiro (FIOCRUZ, 2021).⁸

Sendo assim, a PNS pode ser resumida a uma importante fonte de dados para a realização de políticas públicas no campo da saúde, que deu continuidade ao suplemento da PNAD e que permite avaliar a evolução de aspectos relacionados à saúde do brasileiro ao longo do tempo. Para alcançar os objetivos do presente estudo, foi utilizado as duas versões da PNS⁹ – 2013 e 2019.

⁸Todas as informações sobre a PNS estão disponíveis no site da FIOCRUZ, criado especificamente para descrever a pesquisa <https://www.pns.icict.fiocruz.br/delineamento-da-pns/>.

⁹ Ver anexo A, conteúdo retirado de Szwarcwald CL e outros (2014), Stopa e outros (2020).

3.1.3 Compatibilizando os dados da PNS 2013 e 2019

A fim de compatibilizar as duas versões da PNS¹⁰ para tornar possível comparações entre os resultados das mesmas, foram excluídos todos os indivíduos menores de 18 anos e maiores de 75. Tal procedimento foi necessário pois, conforme discutido acima, na versão de 2013 apenas pessoas maiores de 18 anos foram consideradas aptas a responder a pesquisa. O limite em 75 anos, por sua vez, decorre do fato de ser a média aproximada da expectativa de vida dos brasileiros, que antes da Pandemia variava em torno de 76,6 anos, e após a pandemia passou a ser de 72,2 anos.¹¹ Ademais, inicialmente o inquérito contou com um total de 222.385 observações na amostra para sua versão de 2013 e 293.726 na versão de 2019. Ao realizar a restrição por idade, a amostra de 2013 apresentou 140.206 observações e a de 2019, 197.622.

Acerca das variáveis contempladas, o Quadro 2 apresenta uma breve descrição das variáveis utilizadas na pesquisa. A variável de *gênero* é binária – masculino ou feminino – dado que este é o modo como foi abordado nas duas versões da pesquisa. As variáveis para *raça/etnia* foram categorizadas pelo critério de autodeclaração e separadas entre *brancos*, *amarelos*, *indígenas*, *pardos* e *pretos*. Foram excluídas das duas bases as respostas catalogadas como “ignorado”.

O *número de moradores do domicílio* é a variável que quantifica as pessoas que viviam na mesma casa, exceto se esses indivíduos fossem pensionistas, empregados(as) domésticos(as) ou parentes de empregados(as) domésticos(as)¹². Ela é uma variável discreta que varia de 1 a 30. Na PNS 2013 existem duas perguntas para medir o nível de instrução¹³, mas foi escolhida para ser utilizada neste trabalho aquela que se repete de forma idêntica na PNS/2019, para criar as variáveis *sem instrução*, *ensino fundamental*, *ensino médio* e *ensino superior*, a saber: Nível de instrução mais elevado alcançado (pessoas de 5 anos ou mais de idade) padronizado para o Ensino Fundamental – sistema de 9 anos. Para a PNS 2013/2019, a variável explicativa *log da renda* é contínua e foi especificada de acordo com a rendimento familiar *per capita*.

¹⁰ Ver apêndice A, com descrição do questionário das duas versões da PNS.

¹¹ Segundo dado apontado pelo levantamento realizado pela especialista demográfica do IPEA Ana Amélia Camarano em entrevista à CNN Brasil. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/pandemia-reduz-expectativa-de-vida-no-brasil-em-44-anos-diz-especialista/>.

¹² Regra estipulada pela própria composição da variável na PNS.

¹³ A PNS/2013 separa o nível de instrução pelo sistema de 8 anos (o antigo ensino fundamental) e pelo sistema de 9 anos. A PNS só usa o sistema de 9 anos e por isso este foi escolhido.

Quadro 2: Descrição das variáveis utilizadas

Variável	Descrição
<i>Variáveis dependentes</i>	
Estado de Saúde	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo avalia sua saúde como boa ou muito boa
Demanda por serviços de saúde	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo procurou atendimento relacionado à saúde no período de referência
<i>Variáveis explicativas</i>	
Água Tratada	<i>Dummy</i> =1 se o domicílio do indivíduo possui água tratada
Esgoto	<i>Dummy</i> =1 se o domicílio do indivíduo possui acesso à rede de esgoto
Lixo	<i>Dummy</i> =1 se o domicílio do indivíduo possui acesso à coleta de lixo
Energia Elétrica	<i>Dummy</i> =1 se o domicílio do indivíduo possui acesso à rede de energia elétrica
Filtro	<i>Dummy</i> =1 se o domicílio do indivíduo possui acesso à água filtrada
Indicador	Variável que agrega as variáveis <i>água tratada</i> , <i>esgoto</i> , <i>lixo</i> , <i>energia elétrica</i> e <i>filtro</i> quando estas assumem valor 1
Estimativa de Saúde	Probabilidade estimada do indivíduo declarar um estado de saúde bom ou muito bom
Masculino	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo se declara do sexo masculino
Urbano	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo reside na área urbana
Sem instrução	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo não possui nenhum nível de instrução ou ensino fundamental incompleto
Fundamental Completo	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo possui Ensino Fundamental completo ou médio incompleto
Médio Completo	<i>Dummy</i> =1 Se o indivíduo possui Ensino Médio completo ou superior incompleto
Superior Completo	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo possui Ensino Superior completo
Log da renda	Variável contínua que assume o valor da renda domiciliar <i>per capita</i>
Número de moradores do domicílio	Variável discreta que assume o valor correspondente ao número de moradores do domicílio
Idade	Variável discreta que assume o valor correspondente à idade do indivíduo
Plano de Saúde	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo possui algum plano de saúde
Branços	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo é autodeclarado branco ou amarelo
Pretos	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo é autodeclarado preto
Pardos	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo é autodeclarado pardo
Amarelos	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo é autodeclarado amarelo
Indígenas	<i>Dummy</i> =1 se o indivíduo é autodeclarado indígena

Fonte: elaboração própria.

A variável *água tratada* é igual a 1 se o indivíduo responde que a água que abastece seu domicílio é proveniente da rede geral de distribuição; a variável *esgoto* assume valor 1 se o escoamento do domicílio for pela rede geral de esgoto ou pluvial; a variável *lixo* assume valor 1 se o lixo da propriedade é coletado diretamente ou por caçambas de serviços de limpeza, ou quando ele é queimado na própria moradia; a variável *filtrada* tem a ver com a qualidade da água para o consumo humano – se esta é filtrada, assume valor 1. A variável *energia* é 1 quando o indivíduo responde sim para a pergunta de possuir geladeira em casa¹⁴. Essas variáveis de infraestrutura foram utilizadas para construir o *indicador de infraestrutura*, que é 1 quando *água tratada*, *esgoto*, *lixo*, *filtrada* e *energia* assumem valor 1 e será usado para estimar a autoavaliação de saúde – variável *estado de saúde*. A variável plano de saúde assumiu o valor 1 quando o indivíduo confirma que tem algum plano de cobertura.

A variável *estado de saúde*, como será visto em maiores detalhes na próxima seção, é a primeira variável utilizada como *outcome* (variável dependente), visando obter seu valor predito para utilizá-la como regressor na equação de demanda por serviços de saúde. Neste primeiro estágio, as variáveis de infraestrutura urbana - água tratada, esgoto, lixo, filtrada e energia – foram utilizadas como instrumentos. Assim, foi gerada a *estimativa de saúde* para indicar a probabilidade de o indivíduo responder que seu estado de saúde é bom/muito bom. No segundo estágio, esta probabilidade é utilizada junto com as demais variáveis independentes (exógenas) para que fosse possível estimar a variável de *demanda por serviços de saúde*.

Ressalta-se que procedimento similar foi empregado por Kassouf (2005), ao determinar a procura por serviços de saúde em áreas urbanas e rurais do Brasil, utilizando o suplemento de saúde da PNAD 1998. A decisão de utilizar aspectos de infraestrutura como variáveis instrumentais se baseou no que foi realizado pela autora, que considera que estado de saúde é uma variável endógena à demanda por serviços de saúde (por um lado, o indivíduo que se considera bem de saúde tende a procurar menos por tais serviços; e por outro, o indivíduo que demanda muito por atendimento à saúde tende a incrementar seu próprio estado de saúde). Por isso a autora utiliza variáveis instrumentais para estimar a saúde autoavaliada e usa esse

¹⁴ Isso porque na PNS/2013 existe o questionamento direto sobre a origem da energia elétrica usada no domicílio, mas na PNS/2019 essa pergunta não foi realizada. Foi necessário, então, para ser possível compatibilizar as duas bases, substituir o questionamento por outro que capturasse o efeito de possuir energia elétrica e que fosse possível verificar nas duas versões da pesquisa. Como geladeira é um eletrodoméstico presente na imensa maioria dos lares, ela foi considerada uma boa aproximação para energia elétrica.

resultado para estimar a demanda por serviços de saúde. O presente trabalho segue o mesmo procedimento.

3.2 ESTRATÉGIA EMPÍRICA

A partir dos dados das PNS 2013 e 2019, este trabalho teve como direcionamento entender e comparar a relação entre a saúde autoavaliada e a demanda por serviços de saúde, bem como sua relação com as características econômicas, demográficas e de saúde do país. Ademais, buscou-se também realizar análises comparativas entre as regiões Nordeste e Sudeste, bem como entre os estados de São Paulo e Bahia. Para que isso fosse possível, foi utilizada uma estratégia de variáveis instrumentais via modelos de escolha binária Probit, com estimação pelo método da Máxima Verossimilhança, em que:

$$Y_i^* = X_i\beta + u_i$$

De tal forma que:

$$\left\{ \begin{array}{l} Y_i = 1, \text{ com probabilidade } F(X_i\beta), \text{ se } Y_i^* \geq 0 \\ Y_i = 0, \text{ com probabilidade } 1 - F(X_i\beta), \text{ se } Y_i^* < 0 \end{array} \right.$$

A função Log-Verossimilhança, por sua vez, pode ser definida como

$$L = \prod_{i=1}^N \{ [1 - F(X_i\beta)]^{1-Y_i} [F(X_i\beta)]^{Y_i} \}$$

Aplicando tal modelagem ao trabalho em questão, observa-se um problema de endogeneidade causado pela simultaneidade entre as variáveis demanda por serviços de saúde e saúde autoavaliada. Por esta razão, as estimações nesse trabalho foram realizadas em duas etapas: primeiramente, foi utilizada a autoavaliação do estado de saúde individual como variável dependente, em que características de infraestrutura urbana foram adotadas como instrumentos. Em seguida, a variável predita do estado de saúde autoavaliado foi utilizado como regressor no segundo estágio, tendo como variável resposta a demanda por serviços de saúde.

Sobre as variáveis instrumentais, estas foram selecionadas tomando por base o trabalho de Kassouf (2005), que entende que um bom estado de saúde autoavaliado pode induzir o indivíduo a demandar serviços de saúde, do mesmo modo que a demanda por serviços de saúde pode afetar, por consequência, a saúde autoavaliada individual. Logo, as variáveis *estado de saúde autoavaliado* e *demanda por serviços de saúde* são consideradas endógenas (simultâneas).

Sendo assim, para resolver este problema e ser possível isolar o efeito da saúde autoavaliada sobre a demanda por serviços de saúde, Kassouf (2005), utilizou variáveis instrumentais de infraestrutura domiciliar para a estimação do estado de saúde – assumindo que características domiciliares como acesso a esgoto, água filtrada, coleta de lixo, energia e tratamento de água afetam diretamente no modo como um indivíduo autoavalia seu estado de saúde, mas não afetam diretamente a demanda por serviços de saúde. Em outras palavras tais características só afetariam a demanda por meio do seu efeito indireto sobre a saúde autoavaliada.

A partir desses instrumentos, foi criado um indicador de infraestrutura para considerar o total de indivíduos com acesso a esse tipo de serviço considerado essencial para o mínimo de qualidade de vida. Este indicador, mais as variáveis de cunho socioeconômicas e demográficas foram utilizadas para a estimação da autoavaliação do estado de saúde do indivíduo utilizando o modelo Probit.

Em seguida, a probabilidade da saúde boa/muito boa predita foi utilizada como variável explicativa na estimação do modelo Probit para demanda por serviços de saúde por motivos de doença. Nos dois estágios de estimação, serão considerados os coeficientes, os efeitos marginais, os erros padrões e a significância para que seja possível interpretar.

Em resumo, este capítulo teve como principal objetivo apresentar a estratégia empírica deste trabalho. O próximo será dedicado à realização de estatísticas descritivas com o intuito de familiarização com a PNS /2013 e PNS/2019, bem como o detalhamento das mesmas.

4 RESULTADOS

Este capítulo visa apresentar e discutir os resultados da pesquisa e encontra-se dividido em duas subseções. A primeira tem como objetivo realizar uma análise descritiva da saúde autoavaliada e da demanda por serviços de saúde de acordo com características sociodemográficas dos indivíduos. Já a segunda seção tem como foco os resultados dos modelos econométricos.

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Conforme apontado no capítulo anterior, as bases de dados utilizadas neste estudo consistem nas duas versões da Pesquisa Nacional de Saúde – 2013 e 2019. A percepção do estado de saúde dos indivíduos é uma das variáveis fundamentais na análise realizada neste trabalho. Desta forma, foi analisada a autoavaliação (positiva e negativa) do estado de saúde a nível nacional, regional (Nordeste e Sudeste) e estadual (Bahia e São Paulo).

Neste sentido, as tabelas 1 e 2 descrevem a percepção do estado de saúde autoavaliada em 2013 e em 2019, respectivamente, com relação a uma série de características individuais. É possível notar que para quase todos os níveis (estadual, regional e nacional), o percentual de indivíduos que avaliaram seu estado de saúde como bom ou muito bom diminuiu de um período para o outro, exceto para o estado de São Paulo, cujo percentual apresentou pequeno aumento.

Ao desagregar a autoavaliação de saúde conforme o sexo, para o ano de 2013 verifica-se que o percentual de mulheres que avaliaram seu estado de saúde como bom/muito bom foi superior ao percentual de homens, em todos os níveis analisados. Para 2019, o percentual de indivíduos do sexo masculino que avaliaram positivamente seu estado de saúde foi ligeiramente superior ao feminino para a Bahia, Nordeste e Brasil, diferindo do que foi observado em 2013 (apenas São Paulo e Sudeste mantiveram o mesmo padrão de 2013).

Tabela 1: Percepção do estado de saúde como bom ou muito bom, segundo características demográficas, socioeconômicas e de saúde –PNS 2013

Avaliaram o estado de saúde como bom ou muito bom	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.
Sim	1.562	26,28%	3.607	29,57%	10.404	24,15%	9.774	30,32%	38.136	27,20%
Gênero										
Feminino	804	51,47	1.969	54,59	5.598	53,81	5.356	54,80	20.624	54,08
Masculino	758	48,53	1.638	45,41	4.806	46,19	4.418	45,20	17.512	45,92
Raça/Cor										
Preto	422	27,02	232	6,43	1.142	10,98	935	9,57	3.361	8,81
Branco	289	18,50	2.291	63,52	2.969	28,54	5.168	52,87	16.080	42,16
Pardo	817	52,30	1.015	28,14	6.148	59,09	3.540	36,22	18.121	47,52
Amarelo	19	1,22	63	1,75	85	0,82	103	1,05	334	0,88
Indígena	15	0,96	6	0,17	60	0,58	28	0,29	240	0,63
Faixa Etária										
Até 19 anos	71	4,55	135	3,74	547	5,26	366	3,74	1.827	4,79
De 20 anos a menos de 40 anos	846	54,16	1.724	47,80	5.769	55,45	4.709	48,18	20.291	53,21
De 40 anos a menos de 60 anos	488	31,24	1.286	35,65	3.121	30,00	3.438	35,17	12.116	31,77
Maiores de 60 anos	157	10,05	462	12,81	967	9,29	1.261	12,90	3.902	10,23
Nível de Instrução										
Sem Instrução/Fund. Incomp.	487	31,18	856	23,73	3.652	35,10	2.429	24,85	11.160	29,26
Fund. Comp./Médio Incomp.	255	16,33	535	14,83	1.648	15,84	1.561	15,97	6.129	16,07
Médio Comp./Superior Incomp.	604	38,67	1.464	40,59	3.808	36,60	3.853	39,42	14.503	38,03
Superior Comp.	216	13,83	752	20,85	1.296	12,46	1.931	19,76	6.344	16,64
Presença de Doença Crônica										
Possui Doença Crônica	442	28,30	1.446	40,09	3.368	32,37	3.638	37,22	13.358	35,03
Não Possui Doença Crônica	1.120	71,70	2.161	59,91	7.036	67,63	6.136	62,78	24.778	64,97
Plano de Saúde										
Possui Plano de Saúde	495	31,69	1.638	45,41	2.543	24,44	4.195	42,92	12.252	32,13
Não Possui Plano de Saúde	1.067	68,31	1.969	54,59	7.861	75,56	5.579	57,08	25.884	67,87

Fonte: Elaboração própria, com dados da PNS – 2013.

Tabela 2: Percepção do estado de saúde como bom ou muito bom, segundo características demográficas, socioeconômicas e de saúde –PNS 2019

Avaliaram o estado de saúde como bom ou muito bom	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.
Sim	1.868	24,86%	3.955	30,55%	16.086	23,14%	12.559	30,12%	52.890	26,77%
Gênero										
Feminino	916	49,04	2.031	51,35	7.967	49,53	6.318	50,31	26.167	49,47
Masculino	952	50,96	1.924	48,65	8.119	50,47	6.241	49,69	26.723	50,53
Raça/Cor										
Preto	569	30,46	347	8,77	2.061	12,81	1.604	12,77	5.734	10,84
Branco	301	16,11	2.379	60,15	4.283	26,63	6.128	48,79	20.767	39,26
Pardo	964	51,61	1.127	28,50	9.563	59,45	4.638	36,93	25.602	48,41
Amarelo	21	1,12	85	2,15	87	0,54	143	1,14	423	0,80
Indígena	13	0,70	17	0,43	92	0,57	46	0,37	364	0,69
Faixa Etária										
Até 19 anos	52	2,78	88	2,23	554	3,44	277	2,21	1.582	2,99
De 20 anos a menos de 40 anos	870	46,57	1.594	40,30	7.870	48,92	5.009	39,88	24.137	45,64
De 40 anos a menos de 60 anos	674	36,08	1.516	38,33	5.503	34,21	4.807	38,28	19.025	35,97
Maiores de 60 anos	272	14,56	757	19,14	2.159	13,42	2.466	19,64	8.146	15,40
Nível de Instrução										
Sem Instrução/Fund. Incomp.	598	32,01	793	20,05	5.721	35,57	2.868	22,84	14.817	28,01
Fund. Comp./Médio Incomp.	234	12,53	493	12,47	2.239	13,92	1.715	13,66	7.557	14,29
Médio Comp./Superior Incomp.	720	38,54	1.515	38,31	5.745	35,71	4.783	38,08	19.548	36,96
Superior Comp.	316	16,92	1.154	29,18	2.381	14,80	3.193	25,42	10.968	20,74
Presença de Doença Crônica										
Possui Doença Crônica	834	44,65	2.128	53,81	6.713	41,73	6.454	51,39	23.595	44,61
Não Possui Doença Crônica	1.034	55,35	1.827	46,19	9.373	58,27	6.105	48,61	29.295	55,39
Plano de Saúde										
Possui Plano de Saúde	335	17,93	776	19,62	2.062	12,82	2.381	18,96	7.931	15,00
Não Possui Plano de Saúde	1.533	82,07	3.179	80,38	14.024	87,18	10.178	81,04	44.959	85,00

Fonte: Elaboração própria, com dados da PNS – 2019.

Ao relacionar a raça/cor e a autoavaliação positiva de saúde, os percentuais seguem uma mesma direção para os dois períodos de análise: a nível nacional, tanto em 2013 quanto em 2019 quase metade da amostra se autodeclarou pardo e avaliou seu estado de saúde como bom/muito bom (a saber, 47,52%, em 2013 e 48,41%, em 2019); os indivíduos da brancos deram seguimento aos pardos nos dois períodos de análise.

Já a nível estadual e regional acontece um fenômeno interessante: tanto em 2013 quanto em 2019, para o estado da Bahia, os indivíduos pardos equivaleram a mais de 50% dos que autodeclararam seu estado de saúde como muito bom/bom. Na região Nordeste, esse padrão se manteve e o percentual de pardos chegou a quase 60% nos dois anos de análise.

Para o estado de São Paulo, mais de 60% dos indivíduos que avaliaram seu estado de saúde como muito bom/bom se autodeclararam brancos em 2013 e em 2019, e para o Sudeste esse percentual foi de 52,87%, em 2013 e 48,79%, em 2019. O percentual de pessoas que se autodeclararam indígenas ou amarelos e avaliaram positivamente seu estado de saúde não passou de 3% em nenhum dos níveis avaliados em ambos os períodos. Para a Bahia, o percentual de pessoas pretas que avaliaram bem seu estado de saúde foi superior ao de pessoas brancas nos dois períodos, vindo logo após os indivíduos pardos.

No que diz respeito à faixa etária, vale ressaltar que em 2013, pessoas entre 20 e 40 anos corresponderam a quase metade da amostra a autodeclarar seu estado de saúde como bom ou muito bom em todos os âmbitos de análise, seguida da população de 40 a 60 anos, que se manteve em torno de 30% em cada nível de análise. Em 2019, o pessoal entre 20 e 40 anos ainda foi maioria em avaliar o estado de saúde de forma positiva, mas a representatividade na amostra diminuiu uma média em torno de 7,5% nos âmbitos de análise. Essa redução significou um aumento na parcela da amostra com idade entre 40 e 60 anos e maiores de 60 anos que declaram bom estado de saúde em 2019. O percentual de jovens até 19 anos também aumentou de um período para o outro. Vale ressaltar que o número de observações da PNS 2013 é menor que o da PNS 2019.

No período referente a 2013, em relação a autoavaliação do estado de saúde positiva de acordo com o nível de instrução educacional, pessoas com o ensino médio completo/ensino superior incompleto foram a maioria em todos os níveis de análise, seguidas pelas pessoas sem instrução/ensino fundamental incompleto. Em 2019, esse padrão se manteve para o

estado da Bahia, para a região Nordeste e para o Brasil no geral. Para o estado de São Paulo e região Sudeste, em 2019, o nível de instrução mais observado foi o ensino médio completo/superior incompleto, seguido pelo nível de ensino superior completo. Isso pode estar relacionado com o fato de a região Sudeste, bem como o estado de São Paulo, serem notadamente reconhecidos como mais desenvolvidos e isso pode influenciar no nível de educação de seus residentes ao longo dos anos.

Sobre possuir ou não doença crônica e avaliar positivamente seu estado de saúde, a notória maioria alegou não possuir tais tipos de doença ao avaliarem sua saúde como boa/muito boa, chegando a um percentual médio de 65,39% ao agregar os cinco níveis de análise para o período de 2013. Já para 2019, o estado da Bahia e a região Nordeste, bem como o Brasil como um todo seguiram esse padrão e os indivíduos sem doenças crônicas foram a maioria em avaliar seu estado de saúde como bom ou muito bom, embora com percentuais inferiores aos encontrados em 2013. Já para o estado de São Paulo e para a região Sudeste, os indivíduos com algum tipo de doença crônica acabaram por ser a maioria em avaliar positivamente seu estado de saúde. Finalmente, sobre possuir ou não plano de saúde e avaliar de modo positivo seu estado de saúde, em 2013 indivíduos sem plano de saúde foram a maioria em todos os níveis de análise, chegando a uma média de quase 65% ao agregar os percentuais dos estados, regiões e nação. Em 2019 esse padrão se manteve para todas as regiões, sendo que a média percentual foi para 83,13%.¹⁵

No que diz respeito ao motivo que levou o indivíduo a buscar atendimento relacionado à saúde, a tabela 3 elenca os motivos apresentados na PNS de 2013. A nível nacional, para o período de análise utilizado pela PNS 2013, apenas 15,04% dos brasileiros procuraram por atendimento relacionado à própria saúde. Esse percentual é maior para Bahia, São Paulo e região Sudeste, e ligeiramente menor para a região Nordeste, mas em nenhum nível de análise chega a sequer 20% a quantidade de pessoas que buscaram por serviços de saúde. Tanto para os estados, quanto para as regiões e a nível nacional, o motivo que mais levou o indivíduo a procurar por serviços de saúde foi o de *doença ou continuação de tratamento*¹⁶.

¹⁵ No apêndice B e apêndice C, se encontram os dados da amostra de indivíduos que não avaliaram seu estado de saúde como bom/muito bom (ou seja, avaliaram como ruim), para os períodos de 2013 e 2019.

¹⁶ Para o motivo *doença OU continuação de tratamento*, foi necessário unir as duas questões na PNS 2013 por conta da configuração do questionário da pesquisa de 2019, que trouxe os dois dados na mesma questão.

Tabela 3: Procura por serviços de saúde e motivos correspondentes, PNS 2013

Procurou atendimento relacionado à própria saúde	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.
Sim	970	16,32%	2.267	18,59%	6.258	14,53%	5.514	17,11%	21.081	15,04%
Não	4.973	83,68%	9.931	81,41%	36.821	85,47%	26.722	82,89%	119.121	84,96%

Motivo pelo qual procurou atendimento à saúde	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.
Acidente ou Lesão	47	4,85	105	4,63	306	4,89	253	4,59	1.065	5,05
Doença <i>ou</i> Continuação de tratamento	368	37,94	1.197	52,80	2.891	46,20	2.924	53,03	10.452	49,58
Problema odontológico	37	3,81	96	4,23	250	3,99	210	3,81	801	3,80
Reabilitação ou Terapia	25	2,58	36	1,59	114	1,82	83	1,51	327	1,55
Pré-natal	27	2,78	53	2,34	189	3,02	128	2,32	597	2,83
Parto	4	0,41	7	0,31	28	0,45	11	0,20	80	0,38
Exame diagnóstico	224	23,09	309	13,63	941	15,04	744	13,49	2.935	13,92
Vacinação	5	0,52	6	0,26	23	0,37	18	0,33	82	0,39
Puericultura / Outro atendimento preventivo	84	8,66	248	10,94	680	10,87	523	9,48	1.918	9,10
Solicitação de atestado	11	1,13	7	0,31	51	0,81	28	0,51	156	0,74
Outro	138	14,23	203	8,95	785	12,54	592	10,74	2.668	12,66

Fonte: Elaboração própria, com dados da PNS – 2013.

Tabela 4: Procura por serviços de saúde e motivos correspondentes, PNS 2019.

Procurou atendimento relacionado à própria saúde	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent
Sim	1.574	20,94%	2.901	22,41%	11.780	16,95%	8.579	20,57%	34.941	17,68%
Não	5.941	79,06%	10.046	77,59%	57.731	83,05%	33.120	79,43%	162.665	82,32%

Motivo pelo qual procurou atendimento à saúde	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent
Acidente ou Lesão	59	3,75	134	4,62	458	3,89	419	4,88	1.616	4,62
Doença <i>ou</i> Continuação de tratamento	679	43,14	1.357	46,78	5.349	45,41	3.928	45,79	15.783	45,17
Problema odontológico	98	6,23	166	5,72	871	7,39	505	5,89	2.280	6,53
Reabilitação ou Terapia	37	2,35	60	2,07	281	2,39	208	2,42	880	2,52
Pré-natal	31	1,97	68	2,34	258	2,19	178	2,07	814	2,33
Parto	3	0,19	8	0,28	37	0,31	23	0,27	125	0,36
Exame diagnóstico	199	12,64	288	9,93	1.372	11,65	983	11,46	4.266	12,21
Vacinação	47	2,99	17	0,59	141	1,20	61	0,71	353	1,01
Puericultura / Outro atendimento preventivo	304	19,31	524	18,06	2.059	17,48	1.508	17,58	5.909	16,91
Solicitação de atestado	7	0,44	11	0,38	38	0,32	41	0,48	158	0,45
Outro	110	6,99	268	9,24	916	7,78	725	8,45	2.757	7,89

Fonte: Elaboração própria, com dados da PNS – 2019.

O segundo motivo que mais levou baianos, paulistas, nordestinos, sudestinos e brasileiros no geral a buscarem serviços de saúde em 2013, de acordo com a tabela 3, foi a realização de *exames diagnósticos*. Os motivos de *parto*, *vacinação* e *solicitação de atestado* foram os que apresentaram menores percentuais de procura em todos os níveis de observação

Para 2019, como é possível observar na tabela 4, o percentual de indivíduos que procurou por atendimento relacionado à própria saúde no estado da Bahia, São Paulo e na região Sudeste ultrapassou 20%, mas na região Nordeste foi de 16,95% e no Brasil como um todo o percentual foi de 17,68%. O motivo de *doença ou continuação de tratamento* ainda foi o que mais levou indivíduos a buscar por serviços de saúde em todas as esferas analisadas. O motivo *puericultura/outro atendimento preventivo* foi o segundo mais observado em 2019, o que difere do resultado encontrado na versão de 2013.

Para São Paulo, Sudeste, Nordeste e Brasil, os três motivos que menos levaram os indivíduos a demandarem serviços de saúde em 2013 se mantiveram os mesmos de 2019, a saber, *parto*, *vacinação* e *solicitação de atestado*. Já para a Bahia, os motivos foram *reabilitação ou terapia*, *parto*, e *solicitação de atestado*, como é possível verificar na tabela 4.

Realizada a análise descritiva, a próxima seção será destinada a apresentar os resultados das estimações realizadas de acordo com a metodologia descrita anteriormente para a saúde autoavaliada e a demanda por serviços de saúde.

4.2 RESULTADOS DOS MODELOS ECONÔMICOS

Nesta subseção, serão apresentados os resultados das estimações que foram realizadas em duas etapas: primeiro, utilizando o modelo *probit*, foi estimado o estado de saúde autoavaliado do indivíduo, tendo em vista a utilização de variáveis instrumentais para tornar esta variável exógena. Em seguida, também utilizando o *probit*, identificou-se os determinantes da demanda por serviços de saúde. Isso foi feito para os períodos de 2013 e 2019 para que fosse possível comparar os resultados. As tabelas trazem as informações dos coeficientes estimados e dos efeitos marginais, tendo vista facilitar a interpretação dos resultados.

4.2.1 Estimações para o estado de saúde

Com relação à variável estado de saúde, a tabela 5 traz os resultados observados utilizando os dados da PNS 2013 e a tabela 6 traz os resultados baseados nos dados de 2019. Observando, primeiro, a estimação a nível nacional para o ano de 2013, é possível pontuar que o indicador de infraestrutura, construído a partir do agregado das variáveis de infraestrutura domiciliar, tem um efeito marginal de 1,75 pontos percentuais (p.p.) sobre a variável explicada de estado de saúde. Ou seja, um aumento de um ponto no indicador de infraestrutura urbana (que foi construído a partir da soma das variáveis binárias de água encanada, água filtrada, energia elétrica, esgoto e lixo), aumenta a probabilidade de o indivíduo alegar um estado de saúde bom ou muito bom em 1,75 (p.p.). Este foi um resultado estatisticamente significativo a 1%. Em 2019, o efeito diminuiu ligeiramente - 1,59 p.p. -, mas a significância estatística se manteve.

Agora tendo em vista a estimação regional, é possível pontuar que para o ano de 2013, tanto para o Nordeste quanto para o Sudeste, o indicador de infraestrutura foi significativo a 10% para explicar a autodeclaração do estado de saúde como bom ou muito bom. Para o Nordeste, a probabilidade de uma autodeclaração positiva aumenta em 1,69 (p.p.). Para o Sudeste, o resultado observado foi de 1,78 (p.p.). Para 2019, a significância da infraestrutura nas duas regiões é de 1%, sendo que para o Nordeste o efeito marginal dessa variável sobre o estado de saúde do indivíduo é de 1,70 (p.p.), e para o Sudeste, de 2,37 (p.p.).

Finalmente, avaliando o nível estadual, observa-se que tanto no período de 2013 quanto no de 2019, o indicador não é estatisticamente significativo para explicar a autoavaliação do estado de saúde para os estados de São Paulo e Bahia. Apesar disso, vale pontuar que o efeito para São Paulo em 2013 foi o único que apresentou sinal negativo, como se o indicador de infraestrutura piorasse a probabilidade de o indivíduo autodeclarar seu estado de saúde como bom ou muito bom.

Tendo em vista estes resultados, observa-se que os coeficientes para o indicador de infraestrutura ficaram de acordo com o que era esperado, pois entende-se que pessoas com acesso a serviços de água filtrada, energia elétrica, tratamento de esgoto, lixo e água tratada possuem o mínimo necessário para manter uma relativa qualidade de vida e, assim, avaliarem de forma positiva sua própria saúde. Kassouf (2005), ao estimar seu modelo de avaliação do

estado de saúde a nível rural e urbano, observou que, a nível rural, as variáveis de esgoto e água filtrada afetam positivamente a autoavaliação de saúde a uma significância de 10% e 5%, respectivamente, o que corrobora os resultados encontrados neste trabalho.

Para o período de 2013, a variável morar na área urbana foi estatisticamente significativa a 10% para o estado da Bahia e para o Brasil como um todo. Para a Bahia, seu efeito sobre a autodeclaração de um estado de saúde bom ou muito bom foi negativo, ou seja, morar na área urbana diminui em 10,69¹⁷ (p.p.) a probabilidade de um indivíduo considerar seu estado de saúde bom. Já para o Brasil, esse efeito também foi negativo a 2,52 pontos percentuais.

Para os outros níveis de análise os resultados não foram estatisticamente relevantes. Já para o período de 2019, os resultados para as regiões Nordeste, Sudeste e para o Brasil foram significativos a 5%, 10% e 1%, respectivamente. O efeito marginal da área urbana seguiu o padrão do período anterior e foi negativo para os 3 âmbitos de análise, quando comparada à área rural. No Nordeste, morar na área urbana diminuiu em até 3,48 (p.p.) a probabilidade de declarar um bom estado de saúde; no Sudeste, esse percentual foi de 3,92; e no Brasil, de 2,89.

Tais resultados são condizentes com o esperado, dado que morar em centros urbanos expõe o indivíduo a maiores níveis de poluição, a estresses causados pelo padrão de vida mais conturbado, dentre outros fatores.

Em 2013, a variável *Masculino* para explicar a autoavaliação de saúde foi positiva e estatisticamente significativa em todos os níveis de análise – a 5% na Bahia e a 1% em todos os outros âmbitos. Bahia e Nordeste apresentaram os maiores efeitos marginais, de modo que ser homem aumentou a probabilidade de avaliar o estado de saúde como bom/muito em 9,22 e 9,40 pontos percentuais, respectivamente. Para São Paulo e Sudeste, o efeito foi mais parecido com o nacional (7,03; 7,02 e 7,40 respectivamente), o que significa que os homens, em comparação às mulheres, têm melhores chances de declarar um bom estado de saúde. Em 2019, a significância estatística se manteve a 1% em todos os níveis de análise e os efeitos marginais também se mantiveram positivos.

¹⁷Vale ressaltar que para o estado de Bahia, apesar de não-significante, em 2019 o efeito de morar na área urbana continuou negativo sobre a avaliação do estado de saúde, mas foi de 1,71 pontos percentuais.

Esses resultados são corroborados pelo trabalho de Kassouf (2005), que também observou que os homens tendem a autodeclarar um melhor estado de saúde. Isso pode ter relação com questões culturais, em que o gênero masculino apresenta mais resistência em admitir problemas de saúde por ser posto numa condição de “mais forte”. Ensor e Cooper (2004) relataram sobre como a questão de gênero e saúde está relacionado à cultura de determinada região.

Acerca do nível educacional, possuir o ensino fundamental completo, no período de 2013, foi relevante estatisticamente para o Nordeste, Sudeste e Brasil – a 1%, 10% e 1% respectivamente. No Nordeste, esse nível de instrução aumentou a probabilidade de autodeclaração de um bom estado de saúde em 6,30 (p.p), com relação aos indivíduos sem instrução. No Sudeste, esse efeito foi de 3,51 (p.p) e, no Brasil, de 4,39. Em 2019, no Nordeste, essa variável teve 10% de significância, enquanto Sudeste e Brasil tiveram 1%. Os efeitos marginais se mantiveram positivos, mas o percentual para região Nordeste diminuiu para 3,36 (p.p) de possuir esse nível de instrução incrementar a probabilidade de uma boa autoavaliação de saúde, enquanto o percentual aumentou para o Sudeste e Brasil (6,16 e 5,84 pontos percentuais, respectivamente).

Já para o nível médio completo, em 2013 essa variável teve efeito marginal positivo para todos os níveis de análise, e apresentou 1% de significância para São Paulo, Nordeste, Sudeste e Brasil, o que significa dizer que possuir ensino médio completo incrementa as chances de uma boa avaliação de saúde, com relação a quem não possui instrução. Já para 2019, esse nível de instrução foi estatisticamente relevante para todos os níveis de análise, sendo a 10% na Bahia e 1% em todo o resto.

Para o ensino superior completo, também foi observado relevância estatística a 10% para Bahia e a 1% para os outros âmbitos de análise, no período de 2013, e os efeitos marginais positivos sobre a variável explicada variaram de 13,04 (p.p) no Nordeste à 20,30 (p.p) em São Paulo, como é possível observar na tabela 5. Em 2019 esse resultado foi significativo a 1% em todos os níveis e manteve um efeito marginal positivo sobre a variável de saúde autoavaliada.

Tabela 5: Resultados para a estimação do modelo probit de autoavaliação de saúde a nível estadual, regional e nacional, utilizando a PNS 2013.

Variáveis	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal
Urbano	-0,3102 (-2,19)*	-0,1069	0,0310 (0,30)	0,0090	-0,0872 (-1,67)	-0,0300	-0,0579 (-0,75)	-0,0165	-0,0812 (-2,47)*	-0,0252
Indicador Infr.	0,0477 (0,97)	0,0164	-0,0072 (-0,18)	-0,0021	0,0489 (2,44)*	0,0169	0,0625 (2,46)*	0,0178	0,0566 (4,63)***	0,0175
Masculino	0,2675 (3,02)**	0,0922	0,2434 (4,3)***	0,0703	0,2728 (80,14)***	0,0940	0,2465 (6,38)***	0,0702	0,2388 (11,63)***	0,0740
Fund. Comp.	0,1785 (1,34)	0,0615	0,1059 (1,21)	0,0306	0,1827 (3,64)***	0,0630	0,1231 (2,15)*	0,0351	0,1416 (4,62)***	0,0439
Médio Comp.	0,2141 (1,92)	0,0738	0,4053 (5,36)***	0,1171	0,2466 (5,57)***	0,0850	0,4116 (8,25)***	0,1172	0,3334 (12,42)***	0,1033
Superior Comp.	0,4839 (2,56)*	0,1668	0,7027 (6,78)***	0,2030	0,3783 (5,52)***	0,1304	0,6373 (8,54)***	0,1815	0,5147 (12,53)***	0,1594
Log da renda	0,1130 (1,93)	0,0390	0,1321 (3,25)**	0,0382	0,1187 (5,31)***	0,0409	0,1489 (5,38)***	0,0424	0,1404 (10,01)***	0,0435
Tam. Família	-0,1029 (-3,04)**	-0,0355	-0,0176 (-0,79)	-0,0051	-0,0163 (-1,24)	-0,0056	0,0040 (0,26)	0,0011	-0,0013 (-0,16)	-0,0004
Idade	-0,0285 (-8,38)***	-0,0098	-0,0214 (-9,5)***	-0,0062	-0,0259 (-20,32)***	-0,0089	-0,0243 (-16,46)***	-0,0069	-0,0250 (-31,63)***	-0,0077
Plano de Saúde	0,2764 (2,18)*	0,0953	0,1435 (2,3)*	0,0414	0,2879 (5,37)***	0,0992	0,1671 (3,79)***	0,0476	0,1957 (7,24)***	0,0606
Preto	0,1283 (0,91)	0,0442	0,0475 (0,37)	0,0137	0,0125 (0,20)	0,0043	-0,0228 (-0,34)	-0,0065	-0,0407 (-1,07)	-0,0126
Pardo	0,0821 (0,67)	0,0283	-0,1189 (-1,88)	-0,0344	0,0506 (1,27)	0,0174	-0,0982 (-2,33)*	-0,0280	-0,0524 (-2,21)*	-0,0162
Amarelo	0,1602 (0,44)	0,0552	0,1551 (0,75)	0,0448	0,0996 (0,55)	0,0343	0,0640 (0,39)	0,0182	0,0688 (0,66)	0,0213
Indígena	-0,3739 (-1,28)	-0,1289	-0,5495 (-1,32)	-0,1587	-0,2552 (-1,47)	-0,0880	-0,3407 (-1,15)	-0,0970	-0,2457 (-2,14)*	-0,0761
Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,2018 (-5,46)***	-0,0625

Continua

Variáveis	Continuação									
	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal
Nordeste	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,2426 (-7,47)***	-0,0751
Centro-Oeste	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,0779 (-2,26)*	-0,0241
Sudeste	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0214 (0,66)	0,0066
Maranhão	-	-	-	-	-0,1589 (-2,73)**	-0,0548	-	-	-	-
Piauí	-	-	-	-	-0,0851 (-1,54)	-0,0293	-	-	-	-
Ceará	-	-	-	-	0,1132 (2,23)*	0,0390	-	-	-	-
Rio Grande Norte	-	-	-	-	0,1725 (3,17)**	0,0595	-	-	-	-
Paraíba	-	-	-	-	0,0777 (1,38)	0,0268	-	-	-	-
Alagoas	-	-	-	-	-0,0870 (-1,64)	-0,0300	-	-	-	-
Sergipe	-	-	-	-	-0,0390 (-0,73)	-0,0134	-	-	-	-
Bahia	-	-	-	-	-0,1105 (-1,88)	-0,0381	-	-	-	-
Minas Gerais	-	-	-	-	-	-	0,0937 (1,76)	0,0267	-	-
Espírito Santo	-	-	-	-	-	-	-0,0381 (-0,61)	-0,0109	-	-
São Paulo	-	-	-	-	-	-	-0,0806 (-1,87)	-0,0230	-	-
Intercepto	0,6752 (1,62)	-	0,30 (0,91)	-	0,1875 (1,16)	-	0,0916 (0,43)	-	0,2158 (2,01)*	-
Nº de obs.	2.505		4.965		17.271		13.253		56.776	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNS 2013.

Nota: Erros-padrão robustos entre parênteses. *** Denota significância ao nível de 1%. ** Denota significância ao nível de 5% e * denota significância ao nível de 10%.

Conclusão

Tabela 6: Resultados para a estimação do modelo probit de autoavaliação de saúde a nível estadual, regional e nacional, utilizando a PNS 2019.

Variáveis	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Coef,	Ef, Marginal	Coef,	Ef, Marginal	Coef,	Ef, Marginal	Coef,	Ef, Marginal	Coef,	Ef, Marginal
Urbano	-0,0505 (-0,51)	-0,0171	-0,1861 (-1,75)	-0,0560	-0,1013 (-2,75)**	-0,0348	-0,1303 (-2,06)*	-0,0392	-0,0918 (-3,72)***	-0,0289
Indicador Infr.	0,0706 (1,85)	0,0239	0,0546 (1,34)	0,0164	0,0494 (3,34)***	0,0170	0,0787 (3,55)***	0,0237	0,0507 (5,09)***	0,01594
Masculino	0,3564 (5,35)***	0,1206	0,2384 (4,23)***	0,0718	0,2928 (12,21)***	0,1007	0,2173 (6,21)***	0,0653	0,23899 (13,46)***	0,07514
Fund. Comp.	0,0748 (0,65)	0,0253	0,1145 (1,27)	0,0345	0,0978 (2,53)*	0,0336	0,2049 (3,73)***	0,0616	0,18584 (6,79)***	0,05843
Médio Comp.	0,2002 (2,19)*	0,0677	0,4266 (5,57)***	0,1284	0,2742 (8,38)***	0,0943	0,3971 (8,51)***	0,1194	0,3495 (14,91)***	0,10989
Superior Comp.	0,6885 (5,07)***	0,2330	0,6242 (6,39)***	0,1879	0,5681 (11,97)***	0,1954	0,6053 (9,66)***	0,1820	0,60572 (17,92)***	0,19045
Log da renda	0,1666 (4,13)***	0,0564	0,2020 (5,42)***	0,0608	0,1392 (9,4)***	0,0479	0,2093 (8,83)***	0,0629	0,17855 (15,35)***	0,05614
Tam. Família	-0,0101 (-0,43)	-0,0034	0,0304 (1,34)	0,0092	0,0021 (0,24)	0,0007	0,0183 (1,26)	0,0055	0,01067 (1,59)	0,00336
Idade	-0,0293 (-10,76)***	-0,0099	-0,0139 (-6,54)***	-0,0042	-0,0254 (-26,92)***	-0,0087	-0,0186 (-14,01)***	-0,0056	-0,0216 (-31,33)***	-0,0068
Plano de Saúde	0,2138 (2,08)*	0,0723	0,0775 (1,05)	0,0233	0,1638 (3,91)***	0,0563	0,0367 (0,77)	0,0110	0,07077 (2,51)*	0,02225
Preto	-0,0528 (-0,54)	-0,0179	-0,0029 (-0,03)	-0,0009	-0,0422 (-1,01)	-0,0145	-0,0354 (-0,69)	-0,0106	-0,0861 (-3,02)**	-0,0271
Pardo	-0,0922 (-1,06)	-0,0312	-0,1612 (-2,53)*	-0,0485	-0,0548 (-2,00)*	-0,0188	-0,1366 (-3,46)***	-0,0411	-0,0987 (-4,68)***	-0,031
Amarelo	0,1575 (0,41)	0,0533	-0,2823 (-1,43)	-0,0850	0,0431 (0,30)	0,0148	-0,1579 (-0,98)	-0,0475	-0,0681 (-0,63)	-0,0214
Indígena	-0,0727 (-0,18)	-0,0246	0,0696 (0,21)	0,0210	-0,1639 (-0,97)	-0,0564	-0,1603 (-0,79)	-0,0482	-0,1562 (-1,64)	-0,0491
Norte									-0,1969 (-6,96)***	-0,0619

Continua

Variáveis	Continuação									
	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Coef,	Ef, Marginal	Coef,	Ef, Marginal	Coef,	Ef, Marginal	Coef,	Ef, Marginal	Coef,	Ef, Marginal
Nordeste	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,2769 (-11,33)***	-0,0871
Centro-Oeste	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,1522 (-5,11)***	-0,0479
Sudeste	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,0999 (-3,73)***	-0,0314
Maranhão	-	-	-	-	-0,1667 (-4,35)***	-0,0573	-	-	-	-
Piauí	-	-	-	-	-0,0929 (-2,05)*	-0,0319	-	-	-	-
Ceará	-	-	-	-	0,0561 (1,44)	0,0193	-	-	-	-
Rio Grande Norte	-	-	-	-	0,0198 (0,45)	0,0068	-	-	-	-
Paraíba	-	-	-	-	0,0387 (0,89)	0,0133	-	-	-	-
Alagoas	-	-	-	-	-0,0431 (-1,00)	-0,0148	-	-	-	-
Sergipe	-	-	-	-	-0,0870 (-1,96)	-0,0299	-	-	-	-
Bahia	-	-	-	-	-0,1226 (-2,74)	-0,0422	-	-	-	-
Minas Gerais	-	-	-	-	-	-	0,1578 (3,83)***	0,0474	-	-
Espírito Santo	-	-	-	-	-	-	0,0010 (0,02)	0,0003	-	-
São Paulo	-	-	-	-	-	-	0,0016 (0,04)	0,0005	-	-
Intercepto	-0,1044 (-0,35)	-	-0,7560 (-2,46)*	-	0,0919 (0,86)	-	-0,7092 (-3,78)***	-	-0,1111 (-1,26)	-
Nº de obs,	3.289		5.485		28.412		17.780		82.119	

Conclusão

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNS 2019.

Nota: Erros-padrão robustos entre parênteses. *** Denota significância ao nível de 1%. ** Denota significância ao nível de 5% e * denota significância ao nível de 10%

Como atestado pela literatura, a educação melhora não apenas a forma como o indivíduo avalia sua própria saúde, mas também direciona a procura por serviços de saúde de modo mais assertivo. Grossman (1972) já sugeria que pessoas mais instruídas tendem a avaliar melhor seu estado de saúde e Kassouf (2005) encontrou resultados parecidos, que indicam que um maior nível de escolaridade aumenta a chance de autodeclaração positiva de estado de saúde.

Tendo em vista o log da renda *per capita*, essa variável também foi importante para explicar a saúde autoavaliada do brasileiro, nordestino, e moradores da região Sudeste a 1% de significância), e de paulista a 5%, para 2013. O efeito marginal foi positivo e ficou entre 3,82 e 4,35 (p.p) em todos os âmbitos de avaliação, o que significa que o aumento na renda aumenta as chances de uma boa autoavaliação de saúde. O efeito se manteve positivo em 2019 e o resultado foi estatisticamente significativo a 1% em todos os níveis de desagregação. Os pontos percentuais aumentaram de um período para o outro. Resultados estes corroborados pela literatura, pois Grossman (1972) já indicava que indivíduos com um maior nível de renda tendem a gastar mais com a própria saúde, o que conseqüentemente incrementa o “estoque” de saúde do indivíduo.

O tamanho da família só se mostrou relevante estatisticamente a 5% a nível Bahia em 2013. Nesse período, o tamanho da família piorou a probabilidade de uma boa autoavaliação de estado de saúde em 3,55 (p.p). Vale ressaltar que mesmo sem significância, os efeitos marginais foram negativos em quase todos os âmbitos, exceto Sudeste. Em 2019, essa variável não apresentou relevância estatística e o efeito marginal só se mantém negativo para a Bahia. Esperava-se que essa variável tivesse efeito negativo sobre o estado de saúde, dado que quanto maior a composição da família mais diluída a renda entre todos os componentes, o que acaba por aumentar as demais despesas e pode levar a menos gastos com cuidados relacionadas saúde e conseqüentemente, a uma pior autoavaliação de saúde.

Tanto para 2013 quanto para 2019, a idade se mantém estatisticamente significativa a 1% em todos os níveis de avaliação, e seu efeito marginal também se mantém negativos em todos os âmbitos e para os dois períodos, o que significa dizer que a idade piora a probabilidade de uma boa autoavaliação de saúde. Grossman (1972), ao explicar sua teoria sobre o estoque de saúde, deixou claro que este se deprecia ao longo do tempo, ou seja, quanto maior a idade,

maior a chance de o indivíduo a identificar problemas de saúde e, assim, autoavaliar de forma negativa seu estado de saúde.

Possuir plano de saúde também foi importante estatisticamente em 2013 – a 1% para o Brasil, Nordeste e Sudeste e a 10% para a Bahia e São Paulo. Seu efeito marginal incrementa positivamente a variável de avaliação individual de saúde, o que já era esperado. Em 2019 a variável perde relevância estatística (mantendo-se a 1% para Nordeste e indo para 10% a nível Bahia e Brasil), mas seu efeito marginal sobre a variável dependente se mantém positivo. Isso leva à percepção de que pessoas com plano de saúde. o resultado encontrado no presente trabalho é corroborado por Kassouf (2005) que também aponta que que possuir plano de saúde afeta positiva a autoavaliação de saúde individual.

Em 2013, dentre as variáveis de raça/etnia, ser pardo se mostrou estatisticamente significativa a 10% a nível Sudeste e Brasil e seu efeito reduziria em 2,80 e 1,62 (p.p), respectivamente, a probabilidade do indivíduo declarar sua saúde como boa/muito boa. Ser indígena foi significativa a 1% e seu efeito também foi reduziria em até 7,61 pontos percentuais probabilidade de ocorrência da variável explicada. Em 2019, o cenário se altera. Ser preto diminui a probabilidade de autodeclaração de um bom estado de saúde em 2,71 pontos percentuais, a um nível de significância de 5%.

Autodeclarar-se pardo foi estatisticamente significativa a 10% em São Paulo e Nordeste, e 1% no Sudeste e Brasil. Seu efeito marginal se manteve negativo em todos os níveis de análise. São resultados que fazem sentido quando se pensa nas desigualdades raciais enfrentadas pelos indivíduos ao redor do país diariamente. Pessoas brancas são historicamente privilegiadas com os empregos de melhores salários, por exemplo, o que pode influenciar no quanto de sua renda ela pode dedicar aos cuidados com a própria saúde, o que leva a uma melhor percepção da própria saúde, enquanto pessoas de outras raças/etnias tendem a direcionar toda sua renda para outras necessidades.

A nível Brasil, as *dummies* da região Norte e Nordeste foram significantes a 1%, enquanto Centro-Oeste foi a 10%. Seu efeito foi negativo sobre a variável dependente. Em 2019 o efeito marginal permaneceu negativo mas todas as variáveis de região, exceto para Sudeste. Elas se mostraram estatisticamente significantes a 1% quase todas as regiões, exceto o Norte. As regiões Norte e Nordeste são consideradas menos desenvolvidas socioeconomicamente, o

que afeta indicadores de educação, renda, acesso a serviços de saúde de qualidade e especializados, com relação a região Sul (omitida do modelo). Infere-se então que uma pior avaliação de saúde para essas regiões tenha sentido. É importante destacar que do primeiro para o segundo período, o efeito negativo sobre a variável explicada diminuiu para estes dois estados.

Morar nos estados da região Sudeste não foi significativo em 2013. Em 2019, a 1% de significância, morar em Minas Gerais aumentou a chance de uma boa avaliação de estado de saúde em 4,74 pontos percentuais, com relação que morava no Rio de Janeiro.

Para a região Nordeste, Maranhão e Rio Grande do Norte apresentaram relevância estatística a 5% e o Ceará a 1%, em 2013. O efeito marginal sobre a variável explicada foi negativo para o Maranhão e positivo para os outros dois estados. Em 2019, Maranhão foi significativa a 1% e Piauí a 5%. O efeito marginal foi negativo em ambos estados, o que quer dizer que morar neles diminui a probabilidade de uma declaração de saúde boa/muito boa, com relação a morar no Pernambuco.

Em 2013, a constante só foi estatisticamente significativa a 10% nível nacional, com coeficiente positivo. Em 2019 foi estatisticamente relevante a 10% e a 1% para São Paulo e Sudeste, respectivamente, e ambos coeficientes apresentam sinal negativo.

4.2.2 Estimações para a demanda por serviços de saúde

Os resultados para o segundo estágio, que visam analisar a demanda por serviços de saúde, podem ser vistos nas tabelas 7 e 8, para os períodos de 2013 e 2019, respectivamente.

Como é possível observar, a estimativa de saúde autoavaliada (que foi instrumentalizada a partir do indicador de infraestrutura domiciliar) foi relevante a 10% a nível Brasil, em 2013. Seu efeito marginal foi negativo, de modo que uma boa autoavaliação de saúde reduz a probabilidade de procura por serviços de saúde em 14,07 pontos percentuais a nível nacional. Apesar de manter o sinal negativo para os outros níveis de desagregação (a exceção de São Paulo, que foi positivo), a estimativa não se manteve significativa.

Em 2019, significância estatística a nível nacional foi de 1% e o sinal de seu efeito marginal se manteve negativo, como era esperado. Todavia apesar da falta de relevância estatística, o sinal positivo do efeito marginal para Bahia, São Paulo e Nordeste é contraintuitivo. Kassouf (2005) corrobora os resultados com relevância estatística. Ela observa que um melhor estado de saúde reduz a demanda por serviços de saúde por motivo de doença.

Morar na área urbana também só apresentou relevância estatística a 5% em nível nacional, para o período de 2013, e o seu efeito foi positivo, o que deixa claro que morar na área urbana aumenta a chance de o indivíduo demandar serviços de saúde. Em 2019, esse coeficiente foi significativo a 10% para o Nordeste e Brasil, sendo seu efeito marginal positivo e de 1,49 e 0,98, respectivamente. O'Donnell (2007) já apontava que disparidades de acesso a serviços de saúde tem relação com a má distribuição de recursos do sistema de saúde e também com barreiras de acesso a esses serviços. Morar em centros urbanizados pode facilitar uma barreira que muitas vezes pode se tornar intransponível, como a distância até o local de atendimento. Ensor e Cooper (2004) também apontaram a localização do ponto de atendimento como barreira de acesso. Arruda, Maia e Alves (2018) observaram resultados similares. Muitos municípios e comunidades do país só contam com o serviço de atenção básica e o indivíduo doente deve ir procurar atendimento em municípios vizinhos, o que pode constituir um impeditivo ao acesso a tais serviços. Apesar disso, Frederickx (1998) aponta que distância até a unidade de saúde não é relevante para explicar a demanda por serviços de saúde.

Ser do gênero masculino foi estatisticamente relevante a 10% para São Paulo e Nordeste, e a 5% para Sudeste e Brasil, em 2013. O efeito marginal sobre a variável dependente de demanda por serviços de saúde foi negativo em todos os níveis de análise. Em 2019, efeito permaneceu negativo, mas a relevância estatística apresentou alterações, na Bahia ela foi de 10% e em São Paulo, Nordeste e Sudeste, 1%. Esse resultado é reforçado por Kassouf (2005) que aponta que mulheres têm uma probabilidade maior de demandar por serviços de saúde. Ensor e Cooper (2004) já tinham apontado que a procura por gênero acaba tendo muita relação com a questão cultural da região objeto de análise. Travassos e outros (2012) também observaram que as mulheres formaram maioria em demandar esses serviços de saúde. Silva e outros (2011) chegaram a mesma conclusão.

Os níveis de instrução não apresentaram relevância estatística para explicar a demanda por serviços de saúde em nenhum nível desagregado, tanto para 2013 quanto para 2019. Vale

ressaltar que Grossman (1972) encontrou uma relação negativa entre educação e despesas médicas, dados que ele considera que pessoas melhores instruídas tendem a avaliar melhor seu próprio estado de saúde. Frederickx (1998) aponta que a variável educação não tem efeito relevante sobre a procura por atendimento relacionado à saúde. Já Andrade e outros (2006) aponta que pessoas com maior nível de instrução tendem a gastar mais com serviços de saúde. Arruda, Maia e Alves (2018) também apontaram que a educação aumenta a probabilidade de acesso aos serviços de saúde.

O log da renda *per capita* também não foi significativo em nenhum dos dois períodos, embora o sinal negativo do efeito marginal em alguns âmbitos de análise seja contraintuitivo. É válido registrar que Grossman (1972) já apontava que pessoas com maiores rendas tendem a gastar mais com despesas médicas; Silva e outros (2011) corroboram essa observação. Szwarcwald CL e outros (2021) apontaram que a renda não foi significativa para explicar o atendimento por motivo de doença.

A idade foi estatisticamente significativa a 10% para explicar a demanda por serviços de saúde dos moradores do Sudeste, e se observa que aumentar 1 ano na idade do indivíduo incrementa sua procura por serviços de saúde em 0,09 pontos percentuais. É um resultado intuitivo, levando em consideração que Grossman (1972) postulou que o estoque de saúde de cada indivíduo deprecia com o aumento da idade, faz sentido que quanto mais velho alguém fique, mas essa pessoa demande por serviços de saúde.

Possuir plano de saúde aumentou a probabilidade do brasileiro demandar por serviços de saúde em 1,59 pontos percentuais (a uma significância de 5%), com relação aos brasileiros que não possuem nenhum tipo de plano de saúde no período de 2013. Em 2019 a relevância estatística dessa variável a nível nacional foi de 10% e seu efeito marginal sobre variável explicada foi de 1,23 (p.p.). É um resultado intuitivo, dado que possuir plano de saúde agrega um leque de opções de atendimento ao indivíduo que vão além do serviço do SUS. Travassos e outros (2000) apontaram que pessoas com algum tipo de cobertura de plano de saúde foram as que mais utilizaram o atendimento em serviços de saúde no período do seu estudo. Malta e outros (2021) apresentaram o mesmo resultado.

As variáveis de etnia/raça não foram estatisticamente significativas em 2013, e em 2019 ser autodeclarado pardo aumentava a demanda por serviços de saúde dos paulistas em 3,62 pontos percentuais, a 10% de significância.

A nível nacional, morar no Norte, Nordeste e Centro-Oeste foi estatisticamente significativo a 1%, e o Sudeste, a 10%, no período de 2013. O efeito marginal das 4 regiões foi negativo sobre a variável explicada, o que sugere que morar nessas regiões reduz a demanda por serviços de saúde com relação a quem mora na região Sul. Em 2019, a região Norte manteve 1% de significância, e todas as outras foram significativas a 10%. O efeito marginal só foi positivo para o Sudeste, ou seja, morar nessa região (em relação a quem mora no Sul), aumentou a procura pelos serviços em 1,22 (p.p.).

Com relação aos estados da região Nordeste, o Maranhão e o Piauí apresentaram 10% de significância em 2013, e seu efeito marginal sobre a variável dependente de demanda por serviços de saúde foi negativo, com relação ao estado do Pernambuco. Em 2019 nenhum estado apresentou relevância estatística.

Tabela 7: Resultados para a estimação do modelo probit de demanda por serviços de saúde estadual, regional e nacional, utilizando a PNS 2013.

Variáveis	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal
Urbano	0,1271 (0,62)	0,0099	0,0559 (0,47)	0,0062	0,0386 (0,62)	0,0037	0,1756 (1,92)	0,0190	0,1148 (2,94)**	0,0121
Indicador Infr. Estimativa de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Masculino	-4,1280 (-1,08)	-0,3202	0,4437 (0,27)	0,0491	-1,2531 (-0,95)	-0,1191	-0,0148 (-0,01)	-0,0016	-1,3385 (-2,43)*	-0,1407
Fund. Comp.	-0,2750 (-0,85)	-0,0213	-0,1838 (-2,23)*	-0,0203	-0,2434 (-2,07)*	-0,0231	-0,1891 (-3,03)**	-0,0204	-0,1428 (-2,67)**	-0,0150
Médio Comp.	0,1965 (0,51)	0,0152	-0,2183 (-1,38)	-0,0242	0,0554 (0,46)	0,0053	-0,1625 (-1,58)	-0,0176	0,0022 (0,04)	0,0002
Superior Comp.	0,4431 (0,83)	0,0344	-0,0597 (-0,42)	-0,0066	0,0941 (0,52)	0,0089	-0,0721 (-0,71)	-0,0078	0,1322 (1,59)	0,0139
Log da renda	0,1748 (0,23)	0,0136	-0,1820 (-0,81)	-0,0201	-0,0023 (-0,01)	-0,0002	-0,1097 (-0,67)	-0,0118	0,1379 (1,26)	0,0145
Tam. Família	0,2248 (0,92)	0,0174	-0,0318 (-0,54)	-0,0035	0,0727 (0,91)	0,0069	-0,0772 (-1,8)	-0,0083	-0,0086 (-0,25)	-0,0009
Idade	-0,0128 (-0,21)	-0,0010	0,0135 (0,13)	0,0015	-0,0144 (-0,72)	-0,0014	-0,0168 (-0,22)	-0,0018	-0,0179 (-1,61)	-0,0019
Plano de Saúde	-0,0325 (-0,97)	-0,0025	0,0066 (1,5)	0,0007	-0,0047 (-0,4)	-0,0004	0,0080 (2,32)*	0,0009	-0,0024 (-0,51)	-0,0003
Preto	0,3699 (1,26)	0,0287	0,0710 (0,68)	0,0079	0,1039 (0,98)	0,0099	0,0614 (0,79)	0,0066	0,1517 (2,97)**	0,0159
Pardo	0,4473 (1,89)	0,0347	0,0823 (0,55)	0,0091	0,1429 (1,41)	0,0136	0,0464 (0,51)	0,0050	0,0570 (0,97)	0,0060
Amarelo	-0,0908 (-0,42)	-0,0070	0,1531 (1,7)	0,0169	-0,1204 (-1,92)	-0,0114	0,0837 (1,3)	0,0090	-0,0102 (-0,27)	-0,0011
Indígena	0	(omitted)	0,0866 (0,32)	0,0096	-0,5142 (-2,17)*	-0,0489	0,1075 (0,47)	0,0116	-0,0494 (-0,30)	-0,0052
	-0,0796 (-0,14)	-0,0062	-0,1730 (-0,37)	-0,0191	-0,1999 (-0,81)	-0,0190	0,2351 (0,56)	0,0254	-0,0141 (-0,08)	-0,0015

Continua

Variáveis	Continuação									
	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal
Norte	-		-		-		-		-0,3133 (-4,57)***	-0,0329
Nordeste	-		-		-		-		-0,3286 (-5,00)***	-0,0345
Centro-Oeste	-		-		-		-		-0,3137 (-6,00)***	-0,0330
Sudeste	-		-		-		-		-0,1133 (-2,46)*	-0,0119
Maranhão	-		-		-0,2309 (-2,19)*	-0,0219	-		-	-
Piauí	-		-		-0,1916 (-2,03)*	-0,0182	-		-	-
Ceará	-		-		0,0405 (0,51)	0,0038	-		-	-
Rio Grande Norte	-		-		0,1393 (1,64)	0,0132	-		-	-
Paraíba	-		-		0,0660 (0,79)	0,0063	-		-	-
Alagoas	-		-		-0,0307 (-0,34)	-0,0029	-		-	-
Sergipe	-		-		0,0216 (0,25)	0,0021	-		-	-
Bahia	-		-		-0,1684 (-1,87)	-0,0160	-		-	-
Minas Gerais	-		-		-	-	0,2464 (2,9)**	0,0266	-	-
Espírito Santo	-		-		-	-	0,0356 (0,31)	0,0038	-	-
São Paulo	-		-		-	-	0,1863 (2,84)**	0,0201	-	-
Intercepto	0,22037 (0,11)		-1,8135 (-1,57)		-1,0540 (-1,52)		-1,6102 (-1,86)		-0,4925 (-1,38)	
Nº de obs.	2.471		4.965		17.271		13.253		56.776	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNS 2013.

Nota: Erros-padrão robustos entre parênteses. *** Denota significância ao nível de 1%. ** Denota significância ao nível de 5% e * denota significância ao nível de 10%.

Conclusão

Tabela 8: Resultados para a estimação do modelo probit de demanda por serviços de saúde estadual, regional e nacional, utilizando a PNS 2019.

Variáveis	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal
Urbano	0,0845 (0,82)	0,0145	-0,0672 (-0,72)	-0,0135	0,0886 (2,22)*	0,0140	-0,0521 (-0,89)	-0,0099	0,0570 (2,16)*	0,0098
Indicador Infr.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estimativa de saúde	2,0596 (1,04)	0,3535	0,7804 (0,74)	0,1565	0,1414 (0,18)	0,0224	-0,1343 (-0,21)	-0,0254	-0,5059 (-1,2)***	-0,0869
Masculino	-0,3905 (-2,00)*	-0,0670	-0,3501 (-3,75)***	-0,0702	-0,2786 (-3,77)***	-0,0441	-0,2575 (-4,24)***	-0,0488	-0,2269 (-5,52)	-0,0390
Fund. Comp.	-0,1429 (-0,64)	-0,0245	0,0702 (0,52)	0,0141	-0,0735 (-0,89)	-0,0116	0,0772 (0,91)	0,0146	0,0098 (0,20)	0,0017
Médio Comp	-0,2528 (-0,82)	-0,0434	-0,0794 (-0,44)	-0,0159	-0,1147 (-0,96)	-0,0182	0,0277 (0,25)	0,0052	0,0076 (0,12)	0,0013
Superior Comp.	-0,6096 (-1,27)	-0,1046	-0,2127 (-0,87)	-0,0426	-0,1372 (-0,74)	-0,0217	-0,0503 (-0,34)	-0,0095	-0,0095 (-0,10)	-0,0016
Log da renda	-0,1251 (-0,93)	-0,0215	-0,0753 (-0,96)	-0,0151	-0,0280 (-0,54)	-0,0044	-0,0239 (-0,48)	-0,0045	0,0013 (0,04)	0,0002
Tam. Família	0,0191 (0,63)	0,0033	-0,0416 (-1,46)	-0,0083	0,0040 (0,32)	0,0006	-0,0116 (-0,62)	-0,0022	0,0021 (0,22)	0,0004
Idade	0,0264 (1,69)	0,0045	0,0102 (1,59)	0,0020	0,0101 (1,67)	0,0016	0,0064 (1,59)	0,0012	0,0047 (1,47)	0,0008
Plano de Saúde	-0,1712 (-1,23)	-0,0294	0,1010 (1,21)	0,0203	0,0564 (0,99)	0,0089	0,0588 (1,03)	0,0111	0,0715 (2,00)*	0,0123
Preto	0,0376 (0,26)	0,0065	-0,0256 (-0,24)	-0,0051	0,0265 (0,42)	0,0042	-0,0785 (-1,26)	-0,0149	-0,0453 (-1,15)	-0,0078
Pardo	0,1445 (1,12)	0,0248	0,1807 (2,00)*	0,0362	0,0694 (1,51)	0,0110	0,0251 (0,43)	0,0048	0,0117 (0,37)	0,0020
Amarelo	0,4633 (0,99)	0,0795	0,1757 (0,71)	0,0352	-0,0846 (-0,35)	-0,0134	0,1009 (0,53)	0,0191	0,0034 (0,02)	0,0006
Indígena	0,3916 (0,98)	0,0672	-0,1139 (-0,25)	-0,0228	0,0654 (0,35)	0,0104	0,0200 (0,08)	0,0038	0,0163 (0,13)	0,0028

Continua

Variáveis	Continuação									
	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal	Coef.	Ef. Marginal
Norte		-		-		-		-	-0,2327 (-4,84)***	-0,0400
Nordeste		-		-		-		-	-0,1201 (-2,35)*	-0,0206
Centro-Oeste		-		-		-		-	-0,0785 (-1,99)*	-0,0135
Sudeste		-		-		-		-	0,0708 (2,17)*	0,0122
Maranhão		-		-	-0,0667 (-1,27)	-0,0106		-		-
Piauí		-		-	-0,0398 (-0,65)	-0,0063		-		-
Ceará		-		-	0,0688 (1,38)	0,0109		-		-
Rio Grande Norte		-		-	0,0876 (1,50)	0,0139		-		-
Paraíba		-		-	-0,0138 (-0,25)	-0,0022		-		-
Alagoas		-		-	-0,0512 (-0,89)	-0,0081		-		-
Sergipe		-		-	0,0437 (0,75)	0,0069		-		-
Bahia		-		-	0,0950 (1,66)	0,0151		-		-
Minas Gerais		-		-			0,2273 (3,57)***	0,0431		-
Espírito Santo		-		-			0,0353 (0,65)	0,0067		-
São Paulo		-		-			0,2446 (5,25)***	0,0463		-
Intercepto	-2,6935 (-3,14)**		-1,2820 (-2,53)*		-1,6725 (-4,97)***		-1,2415 (-4,03)***		-1,1148 (-4,71)***	
Nº de obs.	3.289		5.485		28.412		17.780		82.119	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNS 2019.

Nota: Erros-padrão robustos entre parênteses. *** Denota significância ao nível de 1%. ** Denota significância ao nível de 5% e * denota significância ao nível de 10%

Conclusão

Finalmente, para os estados componentes da região Sudeste, no período de 2013, Minas Gerais e São Paulo apresentaram significância estatística de 5% e efeito marginal positivo sobre a variável de demanda por serviços de saúde da região, com relação ao Rio de Janeiro. Ambos estados (Minhas Gerais e São Paulo) também foram significativos no período de 2019, agora a 1%, e seu efeito marginal se manteve positivo sobre a variável dependente.

Para essas variáveis de região/estado, é importante salientar os autores citados anteriormente para a relação de morar em centros urbanos e como isso afeta a demanda por serviços de saúde. É válido reiterar que a localização constitui uma barreira de acesso que influencia na decisão individual de buscar ou não por um atendimento relacionado a própria saúde.

Terminada esta análise dos resultados obtidos neste trabalho, a próxima seção apresentará as considerações finais, onde serão salientados os principais resultados, as principais contribuições desse trabalho e também serão apontados possíveis avanços para o futuro, bem como as limitações da presente pesquisa.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como principal objetivo entender os fatores explicativos da saúde autoavaliada e da demanda por serviços de saúde no Brasil, desagregando a análise por nível estadual (São Paulo e Bahia) e regional (Sudeste e Nordeste). Foram utilizados dados das duas versões disponíveis da Pesquisa Nacional de Saúde (2013 e 2019) e, por meio do estimador de variáveis instrumentais via modelos Probit, estimou-se como a saúde autoavaliada impacta a demanda por serviços de saúde.

Os resultados alcançados corroboram a hipótese inicial de que um estado de saúde pior eleva a demanda por serviços de saúde – ou seja, o indivíduo que autoavaliou sua saúde como boa/muito boa apresentou menor probabilidade de demandar atendimentos referente à saúde, como indicado na seção de resultados sobre a estimativa de saúde. Porém, esse resultado só foi estatisticamente significativo a nível nacional para os dois períodos de análise. Desagregando a análise para os demais níveis, apesar de o efeito da autoavaliação se manter negativo sobre a demanda por serviços de saúde por motivo de doença, a falta de significância estatística não permite conclusões claras sobre esta relação.

Dentre os resultados obtidos, é importante ressaltar a relevância do indicador de infraestrutura para a estimação do modelo de estado de saúde autoavaliado. Este indicador agregou as cinco variáveis de infraestruturas selecionadas como instrumentos para tornar a saúde autoavaliada exógena e, assim, ser possível estimar o efeito desta variável no modelo de demanda pelos serviços de saúde. Este trabalho se baseou em Kassouf (2005) para a escolha das variáveis instrumentais e em Grossman (1972) e Kassouf (2005) para o uso da estimativa de saúde autoavaliada como variável explicativa da demanda por serviços de saúde.

Também pode-se destacar que a variável de gênero masculino foi importante para explicar o modelo de demanda em vários níveis nos dois períodos de análise, em que os homens apresentaram maior probabilidade de declarar seu estado de saúde como melhor e, portanto, de demandar menos atendimentos relacionado a própria saúde. As variáveis de localização, tais como as *dummies* para região e estado e a variável que indica se o indivíduo está na área urbana ou rural, também se mostraram pertinentes e significantes para os dois modelos estimados. Dos níveis onde a relação foi significativa, morar num centro urbano significava

avaliar de um modo ruim o estado de saúde e a demandar mais por atendimento relacionado a própria saúde.

A pesquisa contribui para a área ao reforçar a relevância da Pesquisa Nacional de Saúde. É um inquérito que cobre o Brasil e que reúne informações sobre a situação da saúde do brasileiro, o que contribui para a construção e realização de políticas públicas que possam se adequar às necessidades de cada região desse vasto país, levando em consideração as maiores dificuldades encontradas pelos seus residentes. Também contribui ao comparar duas regiões e dois estados notoriamente distintos no intuito de entender como as desigualdades entre elas afetam a saúde autoavaliada e a demanda por serviços de saúde de seus moradores.

Finalmente, uma perspectiva de avanço para esta pesquisa é aguardar a nova versão da PNS, que se seguir a periodicidade prevista inicialmente, deve ser realizada em 2024. Até lá, terão se passados 10 anos desde a primeira versão, e será possível capturar os efeitos da pandemia sobre o aspecto saúde da população brasileira. Desse modo, será possível analisar de forma comparativa como se comportou a autoavaliação de saúde e a demanda por atendimento referente a saúde quando considerado o fator da pandemia, que definitivamente mudou a forma como a sociedade se comporta com relação à própria saúde.

REFERÊNCIAS

- ACESSO à saúde: 150 milhões de brasileiros dependem do SUS. **Summit Saúde Brasil**, setembro de 2020. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/acesso-a-saude-150-milhoes-de-brasileiros-dependem-do-sus/>. Acesso em: 22 maio 2022.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula; FUSARO, Edgard Rodrigues; IOZZI, Fabíola Lana. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 4, v. 22, abr./2017.
- ANDRADE, Eli L. G. *et al.* Pesquisa e produção científica em economia da saúde no Brasil. **RAP**, Rio de Janeiro, n. 41, v. 2, p. 211-35, mar./abr. 2007.
- ANDRADE, Mônica V. *et al.* Determinantes dos gastos das famílias com saúde no Brasil. **Revista EconomiA**, Brasília(DF), v.7, n.3, p.485–508, set/dez 2006.
- ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American Economic Review**, v. 53, n. 5, p. 941-973, dec./1963.
- ARRUDA, Natália M.; MAIA, Alexandre G.; ALVES, Luciana C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2018.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865-2875, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2008. p. 12.
- BRITO, Julia N. R.; NASCIMENTO, Gabrielle R. **Fatores explicativos das desigualdades regionais na saúde autoavaliada e na demanda por serviços de saúde no Brasil**. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, 2019. 32 p.
- CNN BRASIL. Pandemia reduz expectativa de vida no Brasil em 4,4 anos, diz especialista. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/pandemia-reduz-expectativa-de-vida-no-brasil-em-44-anos-diz-especialista/>. Acesso em: 23 maio 2022.
- ENSOR, Tim; COOPER, Stephanie. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. **Health policy and planning**, v. 19, n. 2, p. 69-79, 2004.
- FIOCRUZ, 2021. O que é PNS? Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 20 maio 2022.
- FREDERICKX, Ilse. Health in rural Tanzania: the determinants of health status, health care demand and health Ccare choice. **Development Economics, Centre for Economic Studies, Katholieke Universiteit Leuven**. Bélgica, jan./1998.

GUJARATI, Damodar N.; PORTER, Dawn C. Modelos de regressão com variáveis binárias (*dummies*). In: GUJARATI, Damodar N.; PORTER, Dawn C. **Econometria básica**. 5. ed. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda. 2011. p. 288-323, cap. 9.

GUTIÉRREZ, Juan P. *et al.* Effective access to health care in Mexico. **BMC Health Services Research**.v.14, n.186, 2014.

GROSSMAN, Michael. On the concept of health capital and the demand for health. **Journal of Political economy**, v. 80, n. 2, p. 223-255, 1972.

HOUGHTON, Natalia; BASCOLO, Ernesto; RIEGO, Amalia. Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, 2020.

IBGE. PNS - Pesquisa Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados>. Acesso em: fev./2022.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Rio de Janeiro: Diretoria de Pesquisas - Coordenação de Trabalho e Rendimento – COREN, 2020. v.4.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

LAGARDE, Mylene; PALMER, Natasha. The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews, Published by John Wiley & Sons, Ltd.**, n. 4, CD009094, 2011.

MALTA, Deborah C. *et al.* Análise da demanda e acesso aos serviços nas últimas duas semanas, pesquisa nacional de saúde 2013 e 2019. **REV BRAS EPIDEMIOL**, v. 24, E210002., supl. 2, 2021.

MÉDICI, André C. **Kenneth Arrow (1921-2017) e a Economia da Saúde**. [S.l.]: [S.n.]: mar./2017.

MORAES, E. *et al.* Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Bras Psiquiatr**, v. 28, n. 4, p.321-5, 2006.

O'DONNELL, Owen. 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, M. Mendes de. **Modelos de escolha binária**. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Economia, 1998.

PEREIRA, J. Economia da Saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública - RUN RPSP**. v. 3, p.3-5, 2003.

RESTREPO, Jairo; ROJAS, Kristian. La génesis de la economía de la salud en Kenneth Arrow (1963). **Lecturas de Economía**, © **Universidad de Antioquia**, v. 84, p. 209-242, jan/jun.2016.

ROCHA, Cristiane A. Análise econômica em saúde: o que precisamos saber?. **Research, Society and Development**, v. 10, n.10, E49101018527, 2021.

SILVA, Zilda P. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011.

SZWARCWALD, Celia L *et. al.* Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26 (supl. 1), p. 2515-2528, 2021.

_____. Pesquisa nacional de saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 333-342, 2014.

STOPA, Sheila R. *et. al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, pesquisa nacional de saúde 2013. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, (supl. 1-3), 2017.

_____. Pesquisa nacional de saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 5, E2020315, 2020.

TRAVASSOS, Claudia; DE OLIVEIRA, Evangelina XG; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, Cláudia. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, p. 365-373, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Questionários da PNS/2013 e PNS/2019

MÓDULO	PNS 2013	PNS 2019
<i>Questionário Domiciliar</i>		
A	Informações do domicílio	Informações do domicílio
B	Visitas domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agentes de Endemias	Visitas domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agentes de Endemias
<i>Questionário de todos os moradores</i>		
C	Características gerais dos moradores	Características gerais dos moradores
D	Características de educação das pessoas de 5 anos ou mais de idade	Características de educação das pessoas de 5 anos ou mais de idade
E	Trabalho dos moradores do domicílio	Trabalho dos moradores do domicílio
F	Rendimentos domiciliares	Rendimentos domiciliares
G	Pessoas com deficiências	Pessoas com deficiências
I	Cobertura de plano de saúde	Cobertura de plano de saúde
J	Utilização de serviços de saúde	Utilização de serviços de saúde
K	Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais e cobertura de mamografia entre mulheres de 50 anos ou mais	Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais e cobertura de mamografia entre mulheres de 50 anos ou mais
L	Crianças com menos de 2 anos	Crianças com menos de 2 anos

MÓDULO	PNS 2013	PNS 2019
<i>Questionário do Morados Selecionado</i>		
M	Outras características do trabalho e apoio social	Características do trabalho e apoio social
N	Percepção do estado de saúde	Percepção do estado de saúde
O	Acidentes e violências	Acidentes
P	Estilos de vida	Estilos de vida
Q	Doenças crônicas	Doenças crônicas
R	Saúde da mulher	Saúde da mulher
S	Atendimento pré-natal	Atendimento pré-natal
T	Saúde bucal	----
U	Atendimento médico	Saúde bucal
X	----	----
Z	----	Paternidade e pré-natal do parceiro
V	----	Violência
T	----	Doenças transmissíveis
Y	----	Atividade sexual
AA	----	Relações e condições de trabalho
H	----	Atendimento médico
W	----	Antropometria

Fonte: elaboração própria, com dados do site oficial da PNS. <https://www.pns.icict.fiocruz.br/questionarios/>

APÊNDICE B: Percepção do estado de saúde como ruim, segundo características demográficas, socioeconômicas e de saúde – PNS 2013.

<i>Não avaliaram o estado de saúde como bom ou muito bom</i>	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.
Não	4.381	73,72%	8.591	70,43%	32.675	75,85%	22.462	69,68%	102.066	72,80%
Gênero										
Feminino	2.369	54,07	4.511	52,51	17.240	52,76	11.810	52,58	52.928	51,86
Masculino	2.012	45,93	4.080	47,49	15.435	47,24	10.652	47,42	49.138	48,14
Raça/Cor										
Preto	1.177	26,87	644	7,50	3.647	11,16	2.362	10,52	9.600	9,41
Branco	692	15,80	5.155	60,00	9.011	27,58	11.123	49,52	38.510	37,73
Pardo	2.388	54,51	2.620	30,50	19.570	59,89	8.680	38,64	52.450	51,39
Amarelo	66	1,51	148	1,72	250	0,77	227	1,01	801	0,78
Indígena	58	1,32	24	0,28	197	0,60	70	0,31	705	0,69
Faixa Etária										
Até 19 anos	231	5,27	425	4,95	1.844	5,64	1.133	5,04	5.687	5,57
De 20 anos a menos de 40 anos	1.994	45,51	3.544	41,25	14.740	45,11	9.189	40,91	45.440	44,52
De 40 anos a menos de 60 anos	1.576	35,97	3.218	37,46	11.437	35,00	8.467	37,69	36.403	35,67
Maiores de 60 anos	580	13,24	1.404	16,34	4.654	14,24	3.673	16,35	14.536	14,24
Nível de Instrução										
Sem Instrução/Ensino Fundamental Incompleto	1.702	38,85	2.781	32,37	14.723	45,06	7.629	33,96	40.599	39,78
Ensino Fundamental Completo/Ensino Médio Incompleto	663	15,13	1.375	16,01	4.854	14,86	3.688	16,42	16.103	15,78
Ensino Médio Completo/Ensino Superior Incompleto	1.601	36,54	3.112	36,22	10.220	31,28	7.955	35,42	33.796	33,11
Ensino Superior Completo	415	9,47	1.323	15,40	2.878	8,81	3.190	14,20	11.568	11,33
Presença de Doença Crônica										
Possui Doença Crônica	631	14,40	1.114	12,97	4.806	14,71	2.862	12,74	13.716	13,44
Não Possui Doença Crônica	3.750	85,60	7.477	87,03	27.869	85,29	19.600	87,26	88.350	86,56
Plano de Saúde										
Possui Plano de Saúde	1.026	23,42	3.253	37,87	6.101	18,67	7.994	35,59	25.028	24,52
Não Possui Plano de Saúde	3.355	76,58	5.338	62,13	26.574	81,33	14.468	64,41	77.038	75,48

Fonte: Elaboração própria com dados da PNS – 2013.

APÊNDICE C: Percepção do estado de saúde como ruim, segundo características demográficas, socioeconômicas e de saúde – PNS 2019

<i>Não avaliaram o estado de saúde como bom ou muito bom</i>	Estadual				Regional				Nacional	
	Bahia		São Paulo		Nordeste		Sudeste		Brasil	
	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.
Não	5.647	75,14%	8.992	60,45%	53.425	76,86%	29.140	69,88%	144.716	73,23%
Gênero										
Feminino	3.060	54,19	4.764	52,98	28.880	54,06	15.828	54,32	77.542	53,58
Masculino	2.587	45,81	4.228	47,02	24.545	45,94	13.312	45,68	67.174	46,42
Raça/Cor										
Preto	1.617	28,63	781	8,69	6.591	12,34	3.776	12,96	16.086	11,12
Branco	956	16,93	5.029	55,93	13.688	25,62	13.155	45,14	49.879	34,47
Pardo	3.007	53,25	2.992	33,27	32.616	61,05	11.850	40,67	76.802	53,07
Amarelo	38	0,67	156	1,73	238	0,45	252	0,86	899	0,62
Indígena	29	0,51	34	0,38	292	0,55	107	0,37	1.050	0,73
Faixa Etária										
Até 19 anos	307	5,44	458	5,09	2.847	5,33	1.415	4,86	7.593	5,25
De 20 anos a menos de 40 anos	2.221	39,33	3.492	38,83	21.644	40,51	11.127	38,18	58.564	40,47
De 40 anos a menos de 60 anos	2.154	38,14	3.371	37,49	19.774	37,01	10.913	37,45	53.377	36,88
Maiores de 60 anos	965	17,09	1.671	18,58	9.160	17,15	5.685	19,51	25.182	17,40
Nível de Instrução										
Sem Instrução/Ensino Fundamental Incompleto	2.410	42,68	2.439	27,12	23.785	44,52	8.741	30,00	54.299	37,52
Ensino Fundamental Completo/Ensino Médio Incompleto	769	13,62	1.270	14,12	7.463	13,97	4.271	14,66	21.317	14,73
Ensino Médio Completo/Ensino Superior Incompleto	1.951	34,55	3.539	39,36	16.918	31,67	11.231	38,54	50.035	34,57
Ensino Superior Completo	517	9,16	1.744	19,40	5.259	9,84	4.897	16,81	19.065	13,17
Presença de Doença Crônica										
Possui Doença Crônica	1.121	19,85	1.361	15,14	9.547	17,87	4.616	15,84	23.415	16,18
Não Possui Doença Crônica	4.526	80,15	7.631	84,86	43.878	82,13	24.524	84,16	121.301	83,82
Plano de Saúde										
Possui Plano de Saúde	686	12,15	1.379	15,34	4.921	9,21	4.432	15,21	15.869	10,97
Não Possui Plano de Saúde	4.961	87,85	7.613	84,66	48.504	90,79	24.708	84,79	128.847	89,03
Fonte:	Elaboração	própria	com	dados	da	PNS	–	2019.		

ANEXO

ANEXO A: Objetivos específicos da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS, nos anos de 2013 e 2019

	PNS 2013	PNS 2019
a	Coletar informações para avaliar o desempenho do sistema nacional de saúde, no que se refere ao acesso e uso dos serviços de saúde e continuidade dos cuidados;	Coletar informações sobre o acesso e o uso dos serviços de saúde, continuidade e longitudinalidade dos cuidados, com o objetivo de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde.
b	Estimar a cobertura de plano de saúde, dimensionando a população segurada em cada UF;	Estimar a cobertura de planos de saúde, dimensionando a população segurada nas desagregações geográficas propostas para este estudo.
c	Delinear o perfil de necessidade de saúde, com base na morbidade autorreferida e restrições das atividades habituais;	Delinear o perfil de necessidade de saúde das pessoas com 60 anos e mais, com base no autorrelato de restrições das atividades habituais.
d	Dimensionar a prevalência de deficientes físicos e intelectuais;	Dimensionar a necessidade de cuidados para a realização das atividades habituais entre as pessoas com 60 anos ou mais de idade.
e	Estabelecer parâmetros consistentes para avaliar a capacidade de resposta do sistema de saúde brasileiro frente às necessidades da população;	Dimensionar as prevalências de deficiências física e intelectual autorreferidas, além de funcionalidades.
f	Investigar os estilos de vida da população brasileira em relação aos hábitos de alimentação, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física, e os fatores associados aos comportamentos não saudáveis;	Investigar os estilos de vida da população brasileira em relação a alimentação, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física.
g	Estimar a cobertura de exames preventivos de câncer de colo de útero e mama;	Estabelecer os padrões de sobrepeso e obesidade da população brasileira com base na aferição de medidas
h	Dimensionar a exposição da população brasileira aos acidentes de trânsito e às violências;	Estimar a cobertura de exames preventivos de câncer de colo de útero e câncer de mama.
i	Estimar a prevalência das principais doenças crônicas não transmissíveis e as limitações provocadas pelas doenças;	Dimensionar a exposição da população brasileira aos acidentes de trânsito, acidentes de trabalho e violências.
j	Investigar a atenção fornecida aos doentes diagnosticados com hipertensão, diabetes e depressão, incluindo acesso a medicamentos, exames complementares de diagnóstico e continuidade nos cuidados;	Estimar a prevalência das principais doenças crônicas não transmissíveis e as limitações provocadas por elas.
k	Estabelecer os padrões de obesidade da população brasileira e os fatores associados;	Investigar a atenção fornecida aos doentes diagnosticados com hipertensão, diabetes, colesterol alto e depressão, incluindo acesso a medicamentos, exames complementares de diagnóstico e continuidade nos cuidados.
l	Delinear o perfil lipídico da população brasileira, com base em exames laboratoriais;	Avaliar a atenção materno-infantil em relação ao atendimento pré-natal, assistência ao parto e cuidados preventivos e terapêuticos das crianças com menos de 2 anos de idade.
m	Dimensionar o acesso ao diagnóstico de	Identificar os determinantes que influenciam a

	alguns agravos crônicos, tais como hipertensão, diabetes, obesidade, hipercolesterolemia, com base na comparação de medidas objetivas (medidas antropométricas, de pressão arterial e exames laboratoriais) e subjetivas (morbidade autorreferida);	estratificação social das condições de saúde, a exposição a fatores de risco à saúde, bem como a capacidade de resposta do sistema de saúde brasileiro.
n	Dimensionar a necessidade de cuidados para a realização das atividades habituais entre as pessoas idosas;	Investigar aspectos relacionados à saúde em todo o ciclo de vida (saúde da criança, da mulher, do homem e do idoso).
o	Avaliar a atenção materno-infantil em relação ao atendimento pré-natal, assistência ao parto e cuidados preventivos e terapêuticos das crianças com menos de 2 anos de idade;	Investigar o acesso à Atenção Primária à Saúde em termos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade.
p	Investigar o acesso ao atendimento médico, em diferentes níveis de atenção, em termos do deslocamento geográfico, tempo de espera e dificuldades na obtenção do atendimento, medicamentos, exames complementares de diagnóstico e consultas especializadas;	Estimar a prevalência de algumas doenças transmissíveis e de comportamentos relacionados à atividade sexual e ao uso de preservativos.
q	Identificar os determinantes que influenciam a estratificação social das condições de saúde, das exposições a fatores de risco à saúde, bem como a capacidade de resposta do sistema de saúde brasileiro.	----

Fonte: Szwarcwald CL *et al* (2014), Stopa *et al* (2020).