

# Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos

## Determinants of elders' choice between private and public health care providers

Antônio M G Bós<sup>a</sup> e Ângelo J G Bós<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Tusculum College, Greeneville, TN, ZIP 37743, EUA. <sup>b</sup>Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

### Descritores

Saúde do idoso. Acesso aos serviços de saúde. Cobertura de serviços privados de saúde, utilização. Cobertura de serviços públicos de saúde, utilização. Serviços de saúde, economia. Renda familiar. Fatores socioeconômicos.

### Keywords

*Aging health. Health services accessibility. Private medical coverage, utilization. State medical coverage, utilization. Health services, economics. Family income. Socioeconomic factors.*

### Resumo

#### Objetivo

Idosos usam a rede pública ou privada de atendimento de saúde de acordo com a sua situação econômica, social, demográfica e epidemiológica. Analisar como esses fatores influenciam a escolha do local de atendimento e comparar o impacto das rendas individual e familiar do idoso nessa decisão são os objetivos do estudo.

#### Métodos

Foram utilizados dados de um estudo realizado pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul, em 1995, com 7.920 idosos, com idade acima de 60 anos. A coleta de dados foi feita mediante questionário que incluía questões sobre influência do gênero, idade, escolaridade, renda individual e familiar, tamanho da família, participação na renda familiar e auto-avaliação da saúde do idoso. As chances de uso da rede privada de atendimento de saúde foi medida pela regressão logística.

#### Resultados

No acesso à rede privada de atendimento a renda familiar do idoso teve um impacto muito mais expressivo do que a individual. Com um aumento na renda familiar em um salário mínimo, as chances do idoso utilizar a rede privada aumentam 20% contra um acréscimo de apenas 7% no mesmo aumento na renda individual. Também influenciaram positivamente: gênero feminino, idade, escolaridade e tamanho menor da família.

#### Conclusões

As decisões sobre onde o idoso recebe cuidados de saúde dependem das necessidades e recursos da família e não somente da situação individual do idoso. Conseqüentemente, a saúde do idoso de família de renda baixa recebe prioridade menor e é desproporcionalmente prejudicada pelo pouco recurso familiar e deficiências do sistema público de atendimento.

### Abstract

#### Objective

*Elderly choose between utilizing private or public health care providers based on their socioeconomic, demographic, and epidemiological condition. The purposes of this study was to evaluate how these factors affect the choice of health care provider and to compare the impact of their choice on individual and family income.*

#### Methods

*Data from 7,920 elders interviewed in a study of the State Committee for the Elderly*

**Correspondência para/ Correspondence to:**  
Ângelo José G Bós  
Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS  
Avenida Ipiranga, 6690 3º andar  
90610-000 Porto Alegre, RS, Brasil  
E-mail: [ajgbos@pucrs.br](mailto:ajgbos@pucrs.br)

Recebido em 8/10/2002. Reapresentado em 18/7/2003. Aprovado em 6/8/2003.

*of the state of Rio Grande do Sul in 1995 was used to evaluate the impact of elders' gender, age, educational level, individual income, family income, family size, participation in the family total income, and health self-assessment when choosing private or public health care providers. The statistical analysis was carried out using logistic regression.*

#### **Results**

*To have access to private health care providers, family income had a much more significant impact than individual income. When family income increased in one minimum wage, the odds of using private providers increased by 20% while it was only 7% when there was a similar increase in individual income. Other variables had also a positive impact: female, age, schooling, and smaller family size.*

#### **Conclusions**

*Elderly choices' on health care depend on the family's needs and resources and not on the individual's condition. Therefore, low-income elderly health is a lower priority in the family and it is disproportionately impaired by reduced family resources and deficiencies of public health care.*

## INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa brasileira, tanto em termos absolutos como relativos, tem provocado alterações profundas na sociedade. Este impacto já é sentido na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde. E, na medida em que o país continua na sua transição demográfica, o impacto deverá ser ainda maior no futuro.

Uma das áreas de maior preocupação é como os vários mecanismos de atendimento de saúde estão reagindo a este emergente perfil demográfico. Às necessidades de saúde do idoso pode se contrapor o desenvolvimento do sistema de atendimento de saúde no Brasil, tipicamente voltado às populações mais jovens, especialmente infantes e crianças. Mesmo que esta ênfase tenha justificativas históricas e se possam observar sucessos com esta perspectiva – por exemplo, na redução da mortalidade infantil e da incidência de várias doenças infectocontagiosas – se nota que ela está despreparada para o novo perfil demográfico e epidemiológico. Este despreparo já foi diagnosticado por vários autores (Chaimowicz,<sup>5</sup> 1997; Coelho Filho,<sup>6</sup> 2000; Garrido & Menezes,<sup>9</sup> 2002; PAHO,<sup>12</sup> 1998).

Como o idoso toma suas decisões quanto ao atendimento de saúde e como essas decisões são afetadas pela sua situação econômica e social são perguntas importantes. Elas têm impacto não só na saúde do idoso – na mortalidade, morbidade e incapacidade – mas também no resto da família, tanto pelo custo do atendimento, como o período de tempo que outros membros da família precisam dedicar ao cuidado do idoso.

De maneira simplificada, há duas alternativas no atendimento de saúde: o idoso pode, a qualquer momento, utilizar a rede pública – SUS – ou a rede privada, dependendo das suas condições econômicas e seu acesso a planos privados de saúde. O SUS não carrega custos financeiros explícitos. Tipicamente, o SUS é caracterizado como um provedor de baixa qualidade, que demanda um longo tempo para conseguir atendimento e sem garantias de que esse atendimento estará disponível (Farias,<sup>8</sup> 2001). Esta caracterização estereotípica surge da comparação com o provedor privado (Gouvêa et al.,<sup>10</sup> 1997) que, comumente, é visto como um provedor de melhor qualidade, com atendimento pronto e confiável. Por outro lado, provedores privados são caros.

O objetivo do presente trabalho é analisar que fatores demográficos, econômicos e sociais exercem influência no idoso na sua escolha de local de atendimento, por meio da comparação entre a rede pública e a privada. De interesse específico é comparar o impacto da renda individual do idoso com o da renda familiar nessa decisão.

## MÉTODOS

O presente trabalho utilizou-se da base de dados do “Estudo Multidimensional das Condições de Vida do Idoso”, realizado pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul (CEI-RS),<sup>9</sup> em cooperação com 14 universidades gaúchas, cujo relatório foi publicado em 1997.\* O estudo, de corte transversal, teve como população-alvo as pessoas idosas, maiores de 60 anos, urbanas, de ambos os gêneros, não institucionalizadas e residentes no Estado do Rio Grande do Sul em 1995.

\* Conselho Estadual do Idoso (CEI). *Os Idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida. Relatório de Pesquisa*. Porto Alegre; 1997. O relatório de pesquisa pode ser obtido com o Conselho Estadual do Idoso pelo endereço: Rua Miguel Teixeira, 86, Porto Alegre, RS 90050-250. O banco de dados originais, utilizado no presente trabalho, é de acesso público, podendo ser obtido com o CEI-RS, no mesmo endereço.

O processo de amostragem é descrito no Relatório de Pesquisa do CEI e pode ser caracterizado como rigoroso e efetivo e assegura ao pesquisador que a amostra reflete a realidade gaúcha. A amostragem foi feita em várias etapas seqüenciais: divisão do Estado em nove regiões de pesquisa; estratificação dos municípios de cada região, de acordo com a faixa populacional e a atividade econômica principal; seleção aleatória e sem reposição de municípios em cada estrato; seleção aleatória de setores censitários urbanos em cada município selecionado; e, finalmente, seleção aleatória dos sujeitos de investigação em cada setor censitário. O dimensionamento da amostra foi definido em 880 idosos de cada região de pesquisa, para uma amostra estadal de 7.920 idosos.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário de 121 questões, incluindo variáveis demográficas, qualificação da moradia e infra-estrutura, composição familiar e relações sociais, ocupação, renda, aspectos socioculturais, envelhecimento, sexualidade, saúde, vida de relação e atividades da vida diária, fumo e álcool e questões na área psicogerátrica.

A variável dependente de interesse para o presente trabalho é o local do último atendimento de saúde. As várias alternativas foram classificadas da seguinte maneira:

- Público: Pronto socorro, outro posto de saúde, posto de saúde do bairro, ambulatório INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) ou Centro de Saúde, SUS (Serviço Único de Saúde), consultório médico INAMPS, IPE (Instituto de Previdência do Estado) ou SUS, ambulatório de hospital, ambulatório de faculdade.
- Grupo: Ambulatório de sindicato ou de empresa, ambulatório de policlínica ou de medicina de grupo.
- Privado: Consultório médico particular, consultório médico de outros convênios, em casa (atendimento domiciliar).

Para testar o modelo de consumo de serviços de saúde por idosos foram levadas em consideração variáveis demográficas, socioeconômicas e a necessidade de cuidados médicos.

Os idosos foram classificados demograficamente segundo o gênero, a idade (transformada na idade média para cada faixa do questionário), a escolaridade (transformada em número de anos de estudo), a renda individual do idoso, em número de salários mínimos (transformada na renda média para cada faixa do questionário), a renda familiar, em número de salários mínimos (transformada na renda média para

cada faixa do questionário), o número de pessoas que vivem da renda familiar e a participação da renda individual do idoso na renda familiar (obtida pela divisão entre a renda individual e a familiar, com o resultado multiplicado por 100).

A necessidade de cuidados médicos foi medida pela auto-avaliação da saúde, com a escala seguinte: péssima=1, má=2, regular=3, boa=4, ótima=5. Nota-se que esta variável tem natureza ordinal.

Para avaliar o impacto das variáveis explicativas (independentes) sobre o local de atendimento, foi utilizada a regressão logística. A variável dependente foi definida como 1= rede privada, 0= rede pública e de grupo. O principal objetivo da regressão foi a estimação de como cada variável explicativa afeta a chance (pelo cálculo da razão de chance) do idoso ter utilizado a rede privada de atendimento.

Três modelos diferentes são apresentados: o modelo completo, que inclui todas as variáveis explicativas; o modelo sem renda, que exclui as variáveis relacionadas à renda: individual, familiar e participação na renda da família; e o modelo com variáveis individuais, onde cada fator explicativo foi analisado individualmente. Este último modelo é simplesmente uma seqüência de análises bivariadas, em que a relação entre cada variável explicativa e a variável dependente é analisada isoladamente. A comparação entre os resultados dos três modelos permite uma análise mais detalhada e rigorosa de como cada variável independente influencia a escolha do local de atendimento. Por exemplo, se o coeficiente para uma determinada variável apresenta valores distintos entre o modelo completo e o sem renda, o impacto desta variável é influenciada pelo nível de renda. Se o valor for maior no modelo sem renda do que no completo, a influência da variável é explicada, parcialmente, pela renda. No caso extremo em que o valor é zero no modelo completo, mas significativo no sem renda, toda a influência desta variável seria explicada pela renda. A interpretação é invertida, se o valor do coeficiente for menor no modelo sem renda do que no completo. Usando o caso extremo de novo, se o valor é significativo no modelo completo, mas zero no modelo sem renda, toda a influência da renda seria explicada por esta variável.

Na interpretação dos resultados, as razões de chance com valores acima de 1,0 indicam que a presença ou o maior valor do fator explicativo aumentam as chances do idoso ter utilizado a rede privada de atendimento. Valores abaixo de 1,0 indicam que a presença ou o maior valor do fator explicativo diminuem essas chances. Como a alternativa fundamental à rede priva-

da é a rede pública de atendimento, os resultados podem ter a direção invertida e aplicados à rede pública.

## RESULTADOS

Uma apresentação detalhada da amostra utilizada no tocante às variáveis estudadas – e muitas outras – pode ser obtida no Relatório do CEI, mas uma descrição sumária será feita. De maneira típica, o sexo feminino é predominante nesta população (67% são mulheres, 33%, homens). O grupo etário majoritário está na faixa de 60 a 69 anos (57% da amostra). É, portanto, constituído por pessoas que nasceram entre 1921 e 1930. No que concerne à escolaridade, predominam os que cursaram o primário incompleto (38% da população), seguidos pelos analfabetos (20%) e por idosos com primário completo (19%). Como observado em CEI (1997), esta baixa escolaridade reflete as condições educacionais do início do século XX. A convivência em família é predominante entre a população estudada, com 80% dos idosos vivendo com familiares e apenas 16%, sós. Do total da população pesquisada, metade considera a sua saúde regular, 36%, ótima e boa, e apenas 14% classificam-na como má e péssima. Finalmente, para a variável dependente, 42% dos idosos utilizaram a rede privada no seu último atendimento de saúde.

Como um dos objetivos do presente trabalho é a comparação entre a influência da renda individual e a familiar, a Tabela 1 compara a distribuição de idosos de acordo com a definição de rendimento. As percentagens mostram quantos idosos pertencem a cada faixa de renda.

Existe uma grande variação entre estas duas variá-

veis, resultado semelhante ao encontrado por Barros et al<sup>3</sup> (1999), com dados para o Brasil como um todo. Com referência à renda individual, a grande maioria dos idosos apresenta uma renda baixa, visto que 64,1% dos idosos têm uma renda abaixo de dois salários mínimos. Quanto à renda familiar, a proporção de idosos em famílias de baixa renda é bem menor, pois 26,2% dos idosos vivem em famílias com renda abaixo de dois salários mínimos. A categoria “Não tem renda própria” é praticamente eliminada e todas as categorias de renda acima de dois salários mínimos têm um aumento de participação. Isso indica que o impacto da renda na escolha do local de atendimento de saúde será diferente, de acordo com a definição de rendimento utilizada.

Apenas 2,6% dos idosos na amostra utilizaram a rede de grupo, 55,8%, a rede pública e 41,7%, a privada.

A Tabela 2 apresenta os resultados da regressão logística com a variável dependente sendo a utilização da rede privada de atendimento de saúde.

Estudando os resultados do modelo completo, observa-se que as variáveis seguintes foram significativas no uso da rede privada de atendimento:

- idosas têm 15% mais chances que os idosos;
- com o aumento na idade em um ano, as chances aumentam em 2,7%;
- com o aumento na escolaridade em um ano, as chances aumentam em 4%;
- com o aumento na renda individual em um salário-mínimo, as chances aumentam em 7%;
- com o aumento na renda familiar em um salário-mínimo, as chances aumentam em 20%;
- com uma pessoa a mais na família, as chances diminuem em 15%.

**Tabela 1** - Percentagem de renda mensal de idosos de acordo com a definição de rendimento. (N=7.920)

Renda em salários-mínimos	Renda mensal individual	Renda mensal da família
Sem renda	10,7%	0,8%
Menos de 1	2,8%	1,2%
1 a 1,9	50,6%	24,5%
2 a 2,9	13,5%	23,2%
3 a 3,9	5,9%	12,4%
4 a 4,9	3,5%	8,5%
5 a 5,9	2,9%	6,5%
6 e acima	10,0%	22,0%

**Tabela 2** - Razões de chance, dos modelos de regressão logística completo, sem renda e com variáveis individuais na predição da escolha da rede privada de atendimento.

Variável	Modelo completo	Modelo sem renda	Variáveis individuais
Gênero: feminino	1,1571*	1,1284*	1,0749
Idade	1,0266**	1,0267**	1,0213**
Escolaridade	1,0429**	1,1360**	1,1369**
Renda individual	1,0707*	—	1,2132**
Renda familiar	1,2019**	—	1,2411**
Tamanho da família	0,8520**	0,9720	0,9499**
Participação na renda	0,9968	—	0,9990
Saúde	1,0266	1,1147**	1,2117**

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Por outro lado, a participação na renda familiar e a avaliação pessoal sobre a saúde não foram significativas.

Comparando os resultados do modelo completo com o modelo sem renda, observa-se que, em quase todas as variáveis, o valor das razões de chance é alterado – em maior ou menor grau – indicando que a renda afeta como estas variáveis influenciam a escolha do local de atendimento. Destaca-se que, no modelo sem renda, a avaliação pessoal da saúde se tornou significativa, enquanto o tamanho da família teve uma redução no seu nível de significância.

Resultados semelhantes são observados na comparação entre os outros modelos e o uso individual de cada variável explicativa.

## DISCUSSÃO

Procurou-se observar fatores que influenciam a escolha pelos idosos entre rede privada e pública de atendimento de saúde. Para tanto, foi realizada uma re-análise dos dados do estudo “Estudo Multidimensional das Condições de Vida do Idoso”, do CEI-RS, utilizando-se como variável dependente local do último atendimento. Esta variável apenas considera o local da última consulta médica, o que pode ser uma exceção ao comportamento habitual do idoso. Por exemplo, o idoso pode se valer da rede pública de atendimento na maioria dos casos, mas nesta situação específica – antes de responder à pesquisa – ele talvez tenha utilizado a rede privada. Esta possibilidade é real e os dados disponíveis não permitem uma avaliação exata da sua dimensão. Na medida em que a frequência desta exceção aumenta, a validade da variável dependente diminui. Entretanto, devido ao método aleatório da amostragem, o rigor da sua metodologia e o seu dimensionamento, assume-se que essas exceções também tenham uma distribuição aleatória ao redor dos valores médios. Exatamente a mesma metodologia foi utilizada por Bartolome & Vosti<sup>4</sup> (1995): local de tratamento da última infecção.

### Influência das rendas

Os resultados do presente trabalho mostraram que, à medida que a sua renda aumenta, o idoso tende a escolher a rede privada de atendimento. Este resultado é semelhante a Bartolome & Vosti<sup>4</sup> (1995), e também a Yazlle Rocha & Simões<sup>13</sup> (1999), que utilizaram a ocupação como uma variável próxima da renda. Com uma renda maior, o idoso terá os recursos financeiros para utilizar a rede privada, cujos custos podem ser substanciais (Bahia,<sup>2</sup> 2001). Nota-se que, no presente trabalho, a influência das variáveis renda

individual, renda familiar e tamanho da família foram investigadas separadamente, ao invés do cálculo das rendas per capita. Como um dos objetivos do presente trabalho é comparar a influência da renda individual do idoso com a familiar, é melhor separar estas variáveis da influência do número de pessoas na família. Tanto a variável “renda individual per capita” como a variável “renda familiar per capita” apresentam problemas conceituais na medida em que o seu uso, para avaliar o bem-estar financeiro de uma família, assume que cada pessoa tem as mesmas necessidades e ignora a possibilidade de diferenças na alocação de recursos e a presença de economias de escala dentro do núcleo familiar. Deaton<sup>7</sup> (1997) discute o significado dessas economias de escala, pela qual, por exemplo, duas pessoas vivendo separadas tenderiam a ter despesas de consumo maiores que duas pessoas vivendo juntas. Os valores desta economia que Deaton apresenta variam de 30 a 39%. Assim, se o tamanho da família dobra (aumento de 100%), o consumo total da família aumenta em apenas 61% a 70%. Se há economias de escala, a divisão da renda familiar pelo número de pessoas na família introduz duas influências: para o mesmo nível de renda com o aumento da família há um aumento no nível de necessidades que esta renda deve cobrir. Por outro lado, há uma certa diminuição no nível médio de necessidades por pessoa. Os dados disponíveis não permitem uma avaliação dessas possibilidades, nem há estudos rigorosos destas várias relações com dados brasileiros – e ainda menos com o foco em famílias com idosos. Nesse caso, a validade da variável renda per capita é difícil de ser avaliada e o método mais justificado é o de tentar medir a influência da renda e a influência do tamanho da família separadamente. Essa metodologia é idêntica à utilizada por Bartolome & Vosti<sup>4</sup> (1995) na qual a variável riqueza não é dividida pelo tamanho da família, mas ambas são utilizadas de maneira separada no modelo de regressão. Mesmo assim, um modelo com o uso das rendas per capita no modelo de regressão foi testado pelos autores. A razão de chance para a renda individual per capita não foi significativa ao nível de probabilidade de 5%.\*

Quanto ao acesso à rede privada de atendimento, a renda familiar, no presente trabalho, teve um impacto muito mais expressivo de que a renda individual do idoso. Com um aumento na renda familiar em um salário mínimo, as chances do idoso em utilizar a rede privada aumentam em 20%. Com um aumento idêntico na renda individual, as chances aumentam em apenas 7%. Esta comparação indica que os recursos financeiros da família são compartilhados e utilizados para cobrir as necessidades dos seus vários

\*Resultado desta análise poderá ser solicitado aos autores.

membros. Uma das necessidades que o núcleo familiar considera é, exatamente, o uso da rede privada de atendimento de saúde pelo idoso. O idoso não utiliza a sua renda individual em isolamento do resto da família. Por outro lado, o idoso retém um certo grau de independência sobre o uso de seus recursos financeiros individuais, já que a razão de chance para a renda individual foi significativa e maior que um.

### **Influência da participação na renda**

A variável participação da renda foi utilizada na tentativa de avaliar como a renda do idoso é alocada dentro da família. A participação da renda individual na familiar mede a influência do idoso como provedor. Esperar-se-ia que, quando o idoso é o maior provedor da renda familiar, ele teria maior influência, controle e até mesmo independência sobre o uso de sua renda. Os resultados dessa análise indicam que isso não ocorre, já que as razões de chance são muito próximas da unidade e não significativas. Isso indica que a participação na renda familiar não é, por si só, uma fonte de poder ou influência para o idoso.

Esses resultados para as várias definições de renda indicam que, em famílias pobres, o rendimento individual do idoso, que tende a ter maior participação, não é utilizado para as suas necessidades individuais, no caso de atendimento médico. O idoso nessas famílias tem menor possibilidade de utilizar a rede privada que o indicado pela sua renda própria.

Por outro lado, em famílias de renda média – provavelmente acima de dois ou três salários mínimos – os idosos têm um maior grau de acesso à rede privada de que a sua renda individual sugere. O maior nível de recursos financeiros da família trazem um benefício claro à saúde do idoso.

### **Influência da idade do idoso**

Com o aumento da idade, os idosos se utilizam mais da rede privada. Para cada ano de acréscimo na idade, as chances do idoso se utilizar desta rede aumentam em 2,7%. Nota-se que esta preferência das pessoas mais velhas é relativamente independente da renda, na medida em que o valor da razão de chance no modelo sem renda (1,0266) é basicamente idêntico ao do modelo completo (1,0267). Este resultado é o inverso do encontrado por Lavy & Germain<sup>11</sup> (1994), no qual a idade teve impacto negativo na utilização da rede privada, se bem que esses autores também consideraram a alternativa de auto-tratamento. Em Bartolome & Vosti<sup>4</sup> (1995), a idade não foi um fator importante na escolha para provedores privados. A interpretação mais óbvia para os re-

sultados do presente trabalho é que os idosos reagem à sua maior fragilidade – determinada em boa parte pela idade – pelo maior uso da rede de atendimento com melhor qualidade, rapidez e maior segurança de atendimento (Coelho Filho,<sup>6</sup> 2000; Farias,<sup>8</sup> 2001).

### **Influência do estado de saúde**

A variável auto-avaliação da saúde não foi significativa no modelo completo. Numa mesma faixa de renda, idosos que avaliam a sua saúde como pior não se utilizam mais da rede privada que idosos que avaliam a sua saúde como melhor. Duas hipóteses poderiam ser levantadas para a relação entre esta variável e a escolha do local de atendimento. Por um lado, se o atendimento for na rede privada, idosos com nível de saúde pior teriam custos maiores que os com melhor saúde. Neste caso, espera-se que, numa determinada faixa de renda, idosos com maior necessidade de atendimento utilizariam mais a rede pública. Esta hipótese é reforçada pelo incentivo que planos privados de saúde têm de transferir atendimentos de alto custo para o SUS (Bahia,<sup>2</sup> 2001). Por outro lado, na medida em que a saúde piora, o atendimento se torna uma maior prioridade para o idoso que outras alternativas de consumo. Idosos com saúde pior tenderiam a preferir a rede privada por causa da maior segurança de atendimento em comparação à rede pública (Farias,<sup>8</sup> 2001). Estas duas possibilidades são plausíveis e o modelo completo do presente estudo sugere que talvez elas se cancelam pois a variável não foi significativa nesse modelo.

Quando a influência da renda não é considerada – modelo sem renda – a auto-avaliação de saúde tem uma influência significativa e positiva. Com a deterioração da saúde em um intervalo – por exemplo, de “ruim” para “péssima” ou de “ótima” para “boa” –, as chances do uso da rede privada aumentam acima de 10%. Quando nenhuma outra influência é considerada – modelo com variáveis individuais – este impacto é ainda maior (razão de chance de 21%).

### **Influência do nível educacional**

Espera-se que idosos com melhor nível educacional – medido pela escolaridade – prefiram atendimento na rede privada (Lavy & Germain,<sup>11</sup> 1994). Pessoas com melhor educação teriam melhor conhecimento sobre a sua situação de saúde e procurariam alternativas mais sofisticadas de atendimento. Os resultados do presente trabalho confirmam esta hipótese: para cada ano de acréscimo na escolaridade, as chances do idoso se utilizar dessa rede aumentam em quase 5%. Este resultado é similar ao encontrado por Bartolome & Vosti<sup>4</sup> (1995) e por Akin et al<sup>1</sup> (1995),

mas distinto do encontrado por Lavy & Germain<sup>11</sup> (1994) no qual só a educação do chefe da família foi importante.

### **Influência do gênero**

A probabilidade das idosas utilizarem a rede privada foi superior à probabilidade dos idosos, independentemente da influência da renda e outras variáveis. Há um leve aumento na razão de chance no modelo completo, quando comparado com os outros modelos. Este resultado sugere que, numa mesma faixa de renda, as idosas tenham uma maior preferência pela rede privada que os idosos. Nota-se aqui que, típica e tradicionalmente, o chefe da família é do gênero masculino. Neste caso, o idoso reteria maior controle sobre a sua renda individual que a idosa e, portanto, se esperaria que os homens utilizassem mais a rede privada que as mulheres. Mas isso não ocorre no caso da pesquisa no Rio Grande do Sul. Entretanto, esses resultados são semelhantes ao encontrado por Akin et al<sup>1</sup> (1995), com dados da Nigéria, onde mulheres tiveram preferência pela rede privada. Por outro lado, em Bartolome & Vosti<sup>4</sup> (1995) com dados de Rondônia, e em Lavy & Germain<sup>11</sup> (1994), com dados de Ghana, o gênero do paciente não foi um fator importante.

### **Influência do tamanho da família**

Idosos em famílias maiores utilizam menos a rede privada. Com o aumento na família em uma pessoa, as chances dos idosos de utilizarem dessa rede diminuem em 15%. Em famílias maiores, os recursos financeiros têm que cobrir as necessidades de um maior número de pessoas e a prioridade – em termos relativos – do atendimento de saúde do idoso diminui. Por isso, em famílias maiores, os idosos utilizam mais

a rede pública de atendimento, fato observado por Bartolome & Vosti<sup>4</sup> (1995).

Os resultados da presente análise permitem observar a complexidade da decisão sobre o local de atendimento de saúde, especialmente considerando a inserção do idoso brasileiro dentro da família. Várias influências foram identificadas nessa decisão, mas o impacto da renda é especialmente significativo. Não só a renda tem um impacto direto na decisão, mas mede como as outras variáveis afetam a escolha do local de atendimento. Como esperado, a renda familiar influenciou a decisão de maneira mais significativa que a renda individual. Decisões como esta são tomadas pelo grupo familiar e não pelo indivíduo ou, com maior precisão, são baseadas nas necessidades do grupo familiar e não apenas nas necessidades do indivíduo. Isso leva, em famílias de baixa renda, a uma menor prioridade no atendimento de saúde do idoso, resultando num atendimento ao idoso cuja qualidade é inferior a que sua renda individual sugeriria.

De maneira mais geral, qualquer política de saúde para o idoso deve levar em consideração a inserção do idoso dentro das famílias. Essa inserção é, na maior parte, fonte de apoio e assistência, mas também implica maior restrição no uso do rendimento para o atendimento de saúde.

Em termos analíticos, a distinção entre renda individual e familiar foi muito significativa. Os resultados sugerem que, pesquisando a situação financeira do idoso, essa distinção seja feita no instrumento de coleta de dados e considerada na análise. Os resultados também sugerem que questões sobre o acesso do idoso aos planos privados de saúde sejam incluídas.

## **REFERÊNCIAS**

1. Akin J, Guilkey D, Denton H. Quality of services and demand for health care in nigería: a multinomial probit estimation. *Social Sci Med* 1995;40:1527-37.
2. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001;6:329-39.
3. Barros RP, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA; 1999. (Textos para Discussão, 686).
4. Bartolome CAM, Vosti SA. Choosing between public and private health-care: a case study of malaria treatment in Brazil. *J Health Econ* 1995;14:191-205.
5. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997;31:184-200.
6. Coelho Filho JM. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. *Rev Saúde Pública* 2000;34:666-71.

7. Deaton A. The analysis of household surveys: a microeconomic approach to development policy. Baltimore: John Hopkins University Press; 1997.
8. Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001;6:405-16.
9. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(Suppl 1):45-52.
10. Gouvêa CSD, Travassos C, Fernandes C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995. *Rev Saúde Pública* 1997;31:601-17.
11. Lavy V, Germain JM. Quality and cost in health care choice in developing countries. Washington (DC): World Bank; 1994. (Living Standards Measurement Study Working Paper, 105).
12. Pan American Health Organization (PAHO). *Health in the Americas 1998*. Washington (DC); 1998.
13. Yazlle Rocha JS, Simões BJG. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. *Rev Saúde Pública* 1999;33:44-54.