

**TOPICOS ESPECIAIS I**  
**Inovações na area de saúde – Sistema pré pago**

Rio de Janeiro  
2013/1



## SUMÁRIO

1. Introdução	3
1.1. Objetivos	4
1.2. Delimitação do Estudo	6
1.3. Relevância do Estudo	6
2. Referencial Teórico	7
2.1. Critérios de classificação Econômica no Brasil	7
2.2. Acesso e utilização de serviços de saúde	8
2.3. Inovações na área de saúde	10
3. Problema	12
4. Metodologia	12
4.1. Classificação da pesquisa	12
4.2. Coleta de dados	12
4.3. Tratamento de dados	13
5. Resultados	13
6. Referências bibliográficas	15

## **RESUMO**

O Sistema Único de Saúde (SUS), uma das maiores conquistas dos brasileiros, está gravemente ameaçado. O direito à saúde, garantido pela Constituição de 1988 como um dever do Estado, vem sendo substituído gradativamente pelos planos privados de saúde, desde a ditadura militar, quando o estado brasileiro passou a financiar a criação de um setor privado forte na área da saúde. Depois que os trabalhadores conquistaram o SUS, o ataque da iniciativa privada consistiu em vender seus serviços para governos, que por sua vez, sucateiam o público. O consumo de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos em relação a seus problemas de saúde, bem como das formas de financiamento e dos serviços e recursos disponíveis para a população. A Constituição brasileira de 1988 estabelece o SUS com base na institucionalização da universalidade da cobertura e do atendimento. O sistema foi implementado em 1990 e pode ser traduzido como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais.

Recentemente, o governo federal se reuniu com as maiores operadoras de planos de saúde, para atender solicitação de mais isenções fiscais para o setor, novos subsídios e financiamento de planos privados de saúde para população de baixa renda. Assim surgiu o sistema de saúde Pré Pago.

Palavras chave: Constituição, SUS, saúde, necessidades, sistema pré pago

## **ABSTRACT**

The Unified Health System (SUS), one of the greatest achievements of Brazilians, is seriously threatened. The right to health guaranteed by the 1988 Constitution as a duty of the state, is being gradually replaced by private health plans, since the military dictatorship, when the Brazilian state began to fund the creation of a strong private sector in health care. After the workers won the SUS, the attack consisted of private enterprise in selling their services to governments, which in turn scrap the public. The consumption of health services is a function of the needs and behavior of individuals in relation to their health problems, as well as the modes of funding and services and resources available to the population. The 1988 Brazilian Constitution establishes the SUS based on universal coverage and care. The system was implemented in 1990 and can be translated as equal opportunity of access to health services for equal needs. Recently, the federal government met with the largest operators of health plans to meet request for more tax breaks for the industry, new subsidies and financing of private health plans for low-income population. Thus arose the health system Pre Paid.

Keywords: Constitution, SUS, health needs, prepaid system

## 1. INTRODUÇÃO

Alguns dos atuais esquemas assistenciais coletivos privados, baseados na captação de recursos de empresas empregadoras e seus empregados destinados ao financiamento de uma assistência médico-hospitalar adicional a organizada pelo Estado, foram criados nos anos 40 e 50. Uma alternativa em torno da estruturação de sistemas assistenciais destinada exclusivamente aos funcionários estaduais não cobertos pela Previdência Social surgiu a partir dos anos 50. Esses sistemas particulares possuíam serviços próprios e adotavam o reembolso de despesas médico-hospitalares contraídas por seus empregados. Os serviços dos Institutos de Aposentadorias e Pensões da Previdência Social e a rede pública estadual e municipal eram utilizados em razão da maior/menor abrangência de cobertura dos riscos cobertos pelos esquemas assistenciais das empresas empregadoras. Pode se dizer, de maneira muito simplificada, que a organização empresarial dos prestadores de serviços, em detrimento da prática médica liberal e da autonomia de cada estabelecimento hospitalar, alterou substantivamente as relações de compra e venda de serviços de saúde.

A partir de meados da década de 1960 as relações entre financiadores e provedores de serviços foram substancialmente modificadas. Os denominados convênios médicos entre as empresas empregadoras com cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo, mediados pela Previdência Social, estimularam decisivamente os planos de saúde. Pode se dizer que da organização empresarial dos prestadores de serviços, em detrimento da prática médica liberal e da autonomia de cada estabelecimento hospitalar, emergiram as empresas médicas contando inicialmente com suas redes próprias.

De acordo com o IBGE, a população brasileira residente, em 1998, foi estimada em 158,2 milhões de habitantes. Destes, 79,1% avaliaram o seu estado de saúde como sendo "muito bom ou bom" e apenas 3,6% como "ruim ou muito ruim". Concentrando a análise nos que responderam "muito bom ou bom", nota-se um índice de satisfação maior entre os homens do que entre as mulheres (81,8% comparado com 76,4%). Até a idade de 14 anos este índice é praticamente igual entre os dois sexos, em torno de 92,0%. A partir daí, as mulheres apresentam

valores menores do que os homens. Independentemente do sexo, o decréscimo da satisfação referida é monotônico, chegando a 39,4% para homens e 34,2% para mulheres com idade superior a 64 anos. Este índice não é diferente entre os residentes das áreas rurais quando comparado com os residentes das áreas urbanas e apresenta uma associação direta com níveis de renda familiar mensal, variando de 72,5% a 90,1%, à medida que se passa da classe de renda de até um salário mínimo para aqueles de renda superior a 20 salários.

Também de acordo com informações do IBGE, estima-se em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,5% da população do País. Destes, 29 milhões (75%) estão vinculados a planos de saúde privados e 9,7 milhões (25%) estão vinculados a planos de instituto ou instituição patronal de assistência. A cobertura de planos de saúde é expressivamente maior (29,2%) nas áreas urbanas do que nas áreas rurais (5,8%). Calcula-se que 25,7% das mulheres e 23,0% dos homens brasileiros estejam cobertos por um plano de saúde. O percentual da população brasileira que possui um plano de saúde varia de um mínimo de 20,7% entre pessoas de até 18 anos, a um máximo de 29,5% entre pessoas de 40 a 64 anos de idade. Entre pessoas com mais de 65 anos a cobertura atinge 26,1% para os homens e 28,2% para as mulheres.

A cobertura por plano de saúde é também maior entre as pessoas que avaliam seu estado de saúde como "muito bom e bom" (25,9%) e diminui à medida em que a autoavaliação do estado de saúde piora. Entre as pessoas que avaliam como "ruim ou muito ruim" seu estado de saúde a cobertura é menor: 14,5%. Observa-se uma associação positiva entre cobertura de plano de saúde e renda familiar: a cobertura é de 2,6% na classe de renda familiar inferior a um salário mínimo, cresce para 4,8% entre pessoas cuja renda familiar está entre 1 e 2 salários mínimos, e passa a crescer com maior intensidade nas demais classes de renda: 9,4% (2 a 3 salários mínimos), 18,0% (3 a 5 salários mínimos), 34,7% (5 a 10 salários mínimos) e 76% (20 salários mínimos e mais). Cerca de 60% dos planos de saúde no País contam com financiamento integral (13,2%) ou parcial (46,0%) do empregador do titular. O titular paga integralmente o plano em aproximadamente 30% dos casos e cerca de 10% dos titulares têm seus planos financiados por outras pessoas.

Titulares dos planos de saúde concentram-se no grupo etário de 19 a 39 anos de idade (47,4%) e têm, em média, 1,4 dependentes nas áreas urbanas e 1,6 dependentes nas áreas rurais.

O valor da participação dos titulares no financiamento do plano de saúde aumenta conforme o incremento da renda familiar: 7,3% dos titulares com renda familiar até 5 salários mínimos gastam mais do que R\$100,00 por mês no financiamento de seu plano de saúde; esta proporção sobe para 16,6% entre os titulares com renda familiar de 5 a 10 salários mínimos e para 40% entre os titulares com renda familiar maior que 10 salários mínimos. Dentre os titulares que não trabalham - categoria na qual incluem aposentados e pensionistas - somente 13,6% tem seu plano de saúde financiado com a participação de empregador, sendo que 33,8% desses titulares têm o plano financiado por outras pessoas.

A modalidade de contrato mais frequente (49,5%) inclui atendimento em serviços próprios e contratados, além do reembolso de gastos com serviços de saúde. O co-pagamento está presente em 21,4% dos planos e é mais frequente nos planos com coberturas pouco abrangentes, isto é, naqueles que cobrem apenas consultas médicas (38,5%) e consultas e exames complementares (45,6%). Por outro lado, o co-pagamento é menos frequente nos planos de saúde com cobertura que envolve internação hospitalar. Nos planos de saúde que cobrem apenas internação hospitalar o co-pagamento está presente em 7,5% dos casos.

## **1.1.OBJETIVOS**

Geral: Dissertar sobre o sistema Pré Pago de saúde como paliativo de acesso aos serviços de saúde das classes C e D.

Específicos: Produzir dados de base populacional sobre o acesso a serviços de saúde no País; Conhecer a cobertura dos grupos populacionais por modalidade de seguro-saúde e delinear o perfil de necessidades de saúde da população brasileira e estimar o gasto privado em saúde com planos de saúde e consumo de medicamentos.

## **1.2. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO**

Este estudo pretende mostrar que os principais contribuintes para as desigualdades em saúde no Brasil são fatores como renda, localização geográfica e a presença de plano de saúde privado.

## **1.3. RELEVÂNCIA DO ESTUDO**

Segundo pesquisa realizada pelo Datafolha no primeiro semestre de 2011, O Sistema pré-pago tem a aprovação de 40,7 milhões de brasileiros. A pesquisa foi realizada como parte de teste de conceito do produto. O instituto entrevistou pessoas que declaravam não ter acesso a convênio médico. Além de uma boa aceitação do serviço, a pesquisa revelou que, pelo critério de proporcionalidade, outras 27,6 milhões de pessoas estariam "mais ou menos interessados" no assunto, representando 17% dos entrevistados. Do total de entrevistados, 50,5% eram mulheres e 49,5% homens distribuídos por classes: 43,2% da D, 28,9% da B, 18,9% da C e 8,9% da A.



## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

Segundo Alves (2002), “Alguns estudos sugerem que a saúde impacta diretamente na produtividade do trabalho das pessoas, e, portanto, seria um importante canal para políticas de distribuição de renda e combate à pobreza.”

Para TRAVASSOS (1992), “Faz-se necessário também distinguir equidade em saúde de equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde, porque os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem daqueles das desigualdades no consumo de serviços de saúde. As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém, não suficiente para diminuir as desigualdades no adoecer e morrer.”

### **2.1 CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA NO BRASIL**

A adoção pela Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP) de um Critério Classificação Econômica comum estabelece a unicidade dos mecanismos da avaliação do potencial de compra dos consumidores brasileiros. O novo sistema batizado de Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), enfatiza a divisão de mercado por classes econômicas.

A divisão das classes A e B em A1, A2, B1 e B2 atenderia às necessidades das empresas mais interessadas em ter uma “sintonia fina” do mercado. Uma consideração importante seria a de que os órgãos denominam “classe A1” as famílias com renda familiar mensal acima de U\$5.000 e que representa cerca de 1% da população brasileira. A “classe A”, como um todo A1 + A2, compreende o conjunto de famílias que ganham mais de U\$2.700, e representa aproximadamente 5 % da população. Outro critério utilizado foi o de Raimar Richers. Nessa classificação, estima-se que, no Brasil, cerca de 52% da população é pobre. O indigente (classe E) diferencia-se do “infortunado” (classe

D), pois não teria um emprego constante e viveria abaixo da “linha da pobreza”, que corresponderia ao custo de uma cesta básica, suficiente para cobrir os gastos com alimentos e outras despesas não alimentares indispensáveis. Entre as pessoas de classe D e E, haveria muitas que se dedicariam ao mercado informal, mas o IBGE ainda não teria aprofundado as suas pesquisas nessa área.

Segundo levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 1999, aproximadamente 21% da população vivia com rendimentos abaixo de um salário mínimo, e 43% abaixo de dois salários mínimos. O levantamento de Richers, com relação às classes D e E chegou a 52% da população considerando uma renda familiar em torno de um salário mínimo mensal.

## **2.2 ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Para Unglert (1995), “O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população.”

Já Santos (1995), acredita que “A condição socioeconômica como fator determinante da escolha do serviço público, em relação ao serviço privado, reconhecendo que o cuidado médico é semelhante em ambos, variando a rapidez e facilidade de acesso a certos procedimentos. Ressalta a importância dada à obtenção de medicamentos pelos usuários nos postos públicos, em vista da dificuldade de comprá-los, o que contribui para a escolha do serviço.”

Fontes do IBGE estimam em 112,6 milhões o número de pessoas que tem um serviço de saúde de uso regular. Cerca de 86,5 milhões de pessoas declararam ter consultado médico nos últimos 12 meses. Os grupos populacionais que mais consultaram médico no ano anterior foram: mulheres (62,3%); crianças

menores de 4 anos (68,4%); pessoas maiores de 65 anos (73,2%); e residentes em áreas urbanas (57,2%).

Existe uma alta correlação positiva entre acesso ao médico e o poder aquisitivo da população. Enquanto 49,7% das pessoas de menor renda familiar declararam ter consultado médico nos últimos 12 meses, esse valor sobe para 67,2% no caso daquelas pessoas com mais de 20 salários mínimos de renda familiar. Observa-se que a partir dos 40 anos intensifica-se o número de consultas realizadas a cada ano. Esta mesma tendência pode ser constatada com relação à renda média. São os homens (58,8%) e a população residente em áreas rurais (59,1%) os que declaram consultar médico com menor frequência (1 a 2 consultas).

Um número expressivo, estimado em 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população brasileira) nunca consultou dentista, apresentando-se as maiores proporções nas crianças menores de 4 anos (85,6%), nos homens (20,5%) e na população residente em áreas rurais (32,0%). Mais uma vez fica registrado o importante efeito da renda familiar média sobre o acesso aos serviços de saúde. A porcentagem que nunca consultou dentista é nove vezes superior para as pessoas com renda de até 1 salário mínimo, quando comparadas com as que recebem mais de 20 salários mínimos. Este mesmo efeito constata-se em relação ao tempo decorrido a partir da data última consulta. Dentre os que consultaram dentista há mais tempo (3 anos ou mais) a maior concentração de pessoas está na população de menor renda familiar mensal..

Estima-se que 20,5 milhões de pessoas buscaram atendimento de saúde nos 15 dias precedentes à entrevista. A porcentagem de demandas atendidas foi bastante elevada para todos os níveis de rendimento familiar, mas ainda assim encontrou-se uma tendência clara de aumento desta prevalência para famílias de maior renda.

Das pessoas que não procuraram serviços de saúde, 96,0% delas não o fizeram porque não tiveram necessidade. Das restantes, 5,5 milhões, ou 21,0% das que declararam ter tido necessidade de atenção à saúde, 32,5% não procuraram um serviço por falta de dinheiro, 17,0% por ser o serviço distante ou o acesso difícil, 13,0% porque consideram o atendimento muito demorado e 9,9% porque o horário do serviço era incompatível.

## 2.3 INOVAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE

Conforme apontado por LUNDVALL (2006), alguns autores tendem a utilizar o conceito de sistemas de inovação de forma restrita, considerando-o como um desdobramento de visões anteriores sobre os sistemas nacionais de ciência e tecnologia (NELSON, 1993; MOWERY et al., 1995). Para esta linha de raciocínio, os pontos principais se relacionam a mapear indicadores de especialização e desempenho nacionais. No que se refere à política, a análise inclui alguns fatores que influenciam a produção e uso do conhecimento, mas ignora o conjunto mais amplo de elementos: desde aqueles que conformam a criação de capacitações – tais como a educação, treinamento, relações industriais e a dinâmica do mercado de trabalho.

A definição mais ampla de sistemas nacionais de inovação inclui estas dimensões analíticas, incorporando o papel das firmas, organizações de ensino e pesquisa, governo, organismos de financiamento, e outros atores e elementos que influenciam a aquisição, uso e difusão das inovações.

Nesta linha é que se enfatiza (i) o papel de processos históricos - responsáveis por diferenças em trajetórias de desenvolvimento, evolução político-institucional e capacitações sócio-econômicas; (ii) a importância do caráter nacional dos sistemas de inovação. (FREEMAN, 1982; 1987; LUNDVALL, 1985). Conforme destacado acima, desde o primeiro trabalho que introduziu o conceito, FREEMAN (1982a), argumentava que não apenas o desempenho dos países está ligado à inovação, mas que outros fatores influenciam significativamente o desempenho inovativo de países e empresas, sublinhando a sua natureza nacional. Posteriormente ele usou especificamente o conceito amplo de sistemas nacionais de inovação na análise do desempenho econômico e tecnológico japonês dos anos 1950s até os 1980s.

A abordagem de sistemas nacionais de inovação foi também ampliada por trabalhos que destacaram a relevância das relações produtor-usuário para a inovação e o papel do mercado doméstico (LUNDVALL, 1988). Tal trabalho destacou que uma importante fonte de inovação é o aprendizado interativo que ocorre na produção, desenvolvimento tecnológico, marketing, vendas e que

envolve elementos não vinculados ao preço tais como poder, lealdade e confiança. Tudo isto reafirmou a importância de capturar a especificidade dos diferentes atores, o tipo e a qualidade das relações e o entendimento do papel das instituições no seu sentido mais amplo – como normas e regras, informais e formais. Ênfase especial foi dada a este papel das instituições na determinação: (i) de como as pessoas se relacionam e como elas aprendem e usam conhecimentos; (ii) da direção que tomam e da taxa em que evoluem as atividades inovativas (JOHNSON, 1992; LUNDVALL, 2006; JOHNSON et al., 2003).

Evidentemente que continuam tendo enorme utilidade as análises focalizando as relações produtor usuário, universidade-empresa, etc. No entanto, não se deve esquecer todo o avanço registrado nas últimas três décadas no entendimento da inovação - como processo sistêmico, com múltiplas e simultâneas fontes e não-linear.

Segundo o diretor-presidente da Anvisa, Dirceu Barbano, “A inovação tecnológica é naturalmente desafiadora para a vigilância sanitária. Temos de ter uma agência reguladora que não prescindida da competitividade do mundo global, uma mente aberta para amparar a inovação tecnológica em saúde que é vital para o sistema de saúde brasileira”.

Segundo o Instituto *Brasileiro* de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente, o Brasil investe apenas 3,5% do PIB (Produto Interno Bruto) em saúde, quando, para melhorar o atendimento do SUS (Sistema Único de Saúde), esses recursos deveriam ser de pelo menos 6% da arrecadação do País.

Tendo como foco principal o estabelecimento de estratégias que possam reduzir as iniquidades em saúde no país, o Sistema Pré Pago de saúde ganhou destaque nas discussões sobre inovação na saúde brasileira devido ao importante papel que desempenha ao possibilitar que muitos brasileiros tenham acesso a tratamentos médico, já que é um serviço de administração e gestão sobre créditos pré-adquiridos, para a utilização exclusiva em serviços de procedimentos médicos/assistenciais, odontológicos e medicamentos.

Com facilidades de acesso e condições de preço inferior ao praticado no mercado, o novo modelo de assistência médica tem como público alvo as classes C e D, um público sem acesso aos serviços de planos de saúde demasiadamente caros, e funciona como um cartão pré-pago comum, que o “paciente” recarrega de acordo com a necessidade e depois escolhe um dos médicos conveniados, pagando a consulta com descontos de até 80% em relação ao preço de uma consulta particular. Além disso, atende a todas as especialidades, e apesar de não dar conta integralmente da quantidade de pacientes, muitos oriundos do sistema público de saúde, esse tipo de assistência preenche uma lacuna entre o SUS e os planos de saúde e tem atraído um público emergente que não quer ser atendido na rede pública, mas não pode pagar consultas ou planos particulares. Atualmente já são cerca de 60 mil usuários e 600 estabelecimentos médicos cadastrados.

### **3. PROBLEMA**

Propõe-se o seguinte questionamento para esta pesquisa: Como o Sistema pré-pago contribui para o acesso das classes C e D aos serviços de saúde?

### **4. METODOLOGIA**

#### **4.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA**

Este trabalho propõe uma pesquisa descritiva com a pretensão de proporcionar maior familiaridade com o problema.

#### **4.2 COLETA DE DADOS**

A técnica de pesquisa bibliográfica foi empregada como fonte de embasamento para as análises e possíveis avaliações. As pesquisas foram desenvolvidas tendo como base material já elaborado, constituído por livros, artigos, revistas e jornais da mídia eletrônica e a web em geral.

### 4.3 TRATAMENTO DE DADOS

Após a coleta, os dados foram selecionados, organizados e analisados. As informações ora interpretadas serviram de base para proceder à elaboração do parecer sobre o tema abordado.

## 5. RESULTADOS

As necessidades em saúde têm um padrão de distribuição segundo a idade em J, ou seja, as pessoas no início e no final da vida apresentam mais problemas de saúde;

Os homens referem mais problemas de saúde do que as mulheres apenas nas idades mais jovens - início da adolescência. A partir dos 14 anos de idade são as mulheres que passam a referir problemas de saúde com maior frequência;

Estudos realizados em outros países indicam que a necessidade em saúde apresenta forte gradiente social e tende a ser desfavorável aos indivíduos em posições sociais menos favorecidas. Observa-se também no Brasil que o número de pessoas que referem problemas de saúde diminui à medida em que a renda familiar aumenta, definindo um padrão de marcadas desigualdades sociais em saúde;

Cerca de um terço da população brasileira não tem um serviço de saúde de uso regular. O tipo de serviço usado como porta de entrada ao sistema de saúde varia segundo a idade, o sexo e, principalmente, a renda familiar. O acesso a consultas médicas e odontológicas aumenta expressivamente com a renda e é maior nas áreas urbanas;

Cerca de um quinto da população brasileira nunca foi ao dentista. Entre os residentes em área rural 32% nunca consultou dentista;

Aproximadamente 5 milhões de pessoas referiram ter necessitado mas não procuraram um serviço de saúde, sendo que a justificativa mais frequente desta atitude foi a falta de recursos financeiros;

Entre as pessoas atendidas cerca da metade teve seu atendimento realizado através do SUS, e aproximadamente um terço das pessoas referiu ter utilizado plano de saúde para receber este atendimento. Do total de atendimentos, cerca de 16% implicaram em algum pagamento por parte do usuário.

Por fim, os planos de saúde privados atuam no sistema de saúde brasileiro introduzindo mais um elemento de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, na medida em que cobrem uma parcela seleta da população brasileira na qual predomina pessoas de maior renda familiar, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho e que avaliam seu estado de saúde como "muito bom" ou "bom". O atendimento recebido foi bastante bem avaliado pelas pessoas que usaram serviços pré pagos de saúde.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida CM 1998. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Brasília. 81pp.

Almeida CM, Travassos C, Porto S & Baptista TWF 1999a. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Research in Public Health, Technical Report, Washington, D.C.: PAHO. 89 pp.

ALVES, L. F. & ANDRADE, M. V., 2002. Impactos do estado de saúde sobre os rendimentos no Brasil e em Minas Gerais. In: X Seminário sobre a Economia Mineira, Anais, p. 30, Diamantina: Centro de Desenv. e Planej. Regional, UFMG.

Cambota JN. Desigualdades sociais na utilização de cuidados de saúde no Brasil e seus determinantes. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade; 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tde-11062012-190139/>. Acessado em 17 de maio de 2013.

Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400019&script=sciarttext>. Acessado em 18 de maio de 2013.

ESTADÃO.COM.BR. Novas redes oferecem serviços de saúde com desconto de até 80%. Matéria de 12/01/2012, disponível em <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,novas-redes-oferecem-servicos-de-saude-com-desconto-de-ate-80,822030,0.htm> Acessado em 16 de maio de 2013.

Gabriela de A. Lamarca. Odontóloga, Mestre em Psicologia Social, Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública. Mario Vianna Vettore. Odontólogo, Mestre em Odontologia, Dr. em Saúde Pública.

IBGE.COM.BR; Acessado em 05 de junho de 2013.

Ind030301 – Proporção da população de 14 anos e mais que consultou médico nos últimos 12 meses, por ano, segundo região e escolaridade [Internet]. Rio de Janeiro; Portal Determinantes Sociais da Saúde.

Jornal do Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais em Saúde e Previdência Social no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro,03/04/2013.

Mattoso, Cecília. Classes Sociais e o comportamento das classes C e D: Um levantamento bibliográfico. R. Ci. Humanas, v.4, n.2, p.127-138, dez. 2004.

Medici A. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor de saúde. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/agenda1.pdf>. Acessado em 18 de maio de 2013.

Observatório sobre Iniquidades em Saúde. CEPI-DSS/ENSP /FIOCRUZ; 30/01/2012. Disponível em: [http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind030\\_301-20120130.pdf](http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind030_301-20120130.pdf). Acessado em 17 de maio de 2013.

SANTOS, M. P., 1995. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. Revista Brasileira de Enfermagem, 48p.

Travassos C 1992. Equity in the Use of Private Hospitals Contracted by a Compulsory Insurance Scheme in the City of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986. Tese de doutorado. The London School of Economics and Political Science, Londres. 282 pp.

UNGLERT, C. V. S., 1995. Territorialização em sistemas de saúde. In: Distrito Sanitário (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.