

Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil

Gender, morbidity, access and utilization of health services in Brazil

Rejane Sobrino Pinheiro ¹
Francisco Viacava ²
Cláudia Travassos ²
Alexandre dos Santos Brito ¹

Abstract *This paper analyses the profile of perceived morbidity, access and use of health services among men and women in Brazil according to age and urban/rural situation. Data from PNAD/98 showed that gender differences in morbidity vary with age: unfavorable to boys up to 10 years old and to women after 15 years of age. Differences rise with age up to age 64 and slow down after on. The high prevalence of attendance suggests that barriers for access for those who seek health care are small. Nevertheless, the high percentage of people who did not seek health services among those who believe needed, indicates that access are important and dependent on the supply. The health plan coverage is greater among urban areas, but there is no significant gender differences within the areas. Differences between women and men in acute care rates are low, compared with the preventive care rates, greater for women. Inpatient rates were greater for women, even after excluding delivery. The financing of inpatient hospitalizations was not different between sexes, but there was a higher use of health plan for women in the urban sectors and higher use of the public health system (SUS) for rural women and out of pocket payment for rural men.*

Key words *Gender, Perceived morbidity, Access, Health services utilization*

Resumo *O objetivo deste trabalho é analisar o perfil de morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde em homens e mulheres no Brasil, segundo idade e região urbana e rural. Os dados da PNAD/98 mostram que as diferenças de gênero na morbidade variam com a idade: desfavoráveis aos meninos até os 10 anos e desfavoráveis às mulheres a partir dos 15 anos, aumentando até os 64 anos e reduzindo após esta idade. A alta prevalência de atendimento indica que as barreiras de acesso dos que procuram serviços de saúde são pequenas. No entanto, o elevado percentual de não procura face às necessidades percebidas sugere que as barreiras de acesso são anteriores e dependem da oferta. A cobertura por planos de saúde é bem maior na região urbana, mas não há diferenças de gênero significantes nas regiões. As diferenças entre homens e mulheres nas taxas de uso curativo são pequenas, se comparadas com as de uso preventivo, maiores para as mulheres, assim como as taxas de internação, mesmo excluindo os partos. O financiamento das internações não foi diferente entre homens e mulheres, ao contrário do financiamento de outros tipos de atendimento: maior cobertura por planos para mulheres na região urbana; na região rural, maior uso do SUS para as mulheres e maior desembolso de recursos próprios para os homens.*

Palavras-chave *Gênero, Morbidade referida, Acesso, Utilização de serviços de saúde*

¹ Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – NESC/FM/UFRJ. Av. Brigadeiro Trompowski s/n. Cidade Universitária, Ilha do Fundão. 21941-590 Rio de Janeiro, RJ. rejanesp@acd.ufrj.br
² Departamento de Informações em Saúde, Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz.

Introdução

Estudos sobre diferenças de gênero na saúde em sociedades industrializadas apontam que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais serviços de saúde. Esta aparente contradição reduz-se quando se levam em consideração diferenças no padrão de doenças, em diferentes faixas etárias (Macintyre *et al.*, 1996 e 1999; Bird & Rieker, 1999).

De um modo geral, estudos norte-americanos revelam que os homens sofrem mais doenças crônicas fatais (doença isquêmica do coração, aterosclerose, enfisema, câncer, acidente vascular cerebral, cirrose, problemas de rins), e referem mais restrição de atividade e incapacidade de longa duração devido a problemas crônicos de saúde (Verbrugge, 1989; Bird & Rieker, 1999). As mulheres apresentam mais frequentemente doenças de curta duração, sintomas habituais, doenças agudas e transitórias (infecções das vias respiratórias superiores, gastroenterite e doenças infecciosas de curta duração) e doenças crônicas não fatais (artrite, sinusite crônica, problemas digestivos, anemia, problemas de tireóide ou vesícula, enxaqueca, colite e eczema) (Bird & Rieker, 1999). Estes últimos são problemas que, de modo geral, apresentam baixa letalidade, apesar de produzirem vários sintomas, serem em muitos casos incapacitantes e gerarem um grande volume de demanda aos serviços de saúde.

Para alguns autores, as diferenças de gênero no risco de adoecer seriam decorrentes de fatores genéticos ou hormonais (Verbrugge, 1989). A dimensão biológica também é geralmente evocada para explicar o excesso de mortalidade entre os homens (Macintyre *et al.*, 1999). O padrão de morbidade com maior prevalência de problemas de saúde de elevada letalidade poderia explicar o excesso de mortalidade entre os homens (Verbrugge & Wingard, 1987). Existe ainda a teoria de maior fragilidade biológica entre os meninos, que apresentam maiores taxas de mortalidade, mesmo em fase intra-uterina (Doyal, 2000).

A presença de fatores de risco associados a problemas de saúde varia segundo sexo (Verbrugge, 1989; Bird & Rieker, 1999; Macintyre *et al.*, 1999). Enquanto a obesidade, o *stress*, a infelicidade e as pressões ligadas aos papéis sociais exercidos pelas mulheres são apresentados como fatores que aumentam os riscos de doenças neste grupo, entre os homens há maior

ocorrência de fumo, ingestão de álcool e desvantagens em situações relacionadas ao trabalho, acarretando aumento de riscos de problemas no longo prazo.

Uma outra dimensão citada na explicação de diferenças na saúde entre homens e mulheres refere-se aos aspectos psicológicos associados à forma como as pessoas percebem os sintomas, avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer com respeito à saúde (Verbrugge, 1989).

Nos inquéritos de saúde de base populacional, é comum o emprego de indicadores de morbidade referida, uma vez que a informação diagnóstica é difícil de ser coletada, requer padronização rigorosa e apresenta maior custo. Vários indicadores têm sido utilizados para medir as necessidades de saúde a partir de informações fornecidas (referidas) pelos próprios entrevistados ou por outros moradores do domicílio. Variáveis, tais como, auto-avaliação do estado de saúde, presença de doença crônica, referência a sinais e sintomas, e restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde retratam dimensões diferentes das condições de saúde de determinado grupo populacional. Estas variáveis são susceptíveis a vários tipos de erros de medida, com destaque para o viés de gênero no relato das informações. Estudos sugerem que homens são menos propensos a reportar problemas de saúde do que as mulheres (Verbrugge & Wingard, 1987; Macintyre *et al.*, 1999).

A morbidade referida pode ser obtida através da simples informação sobre a ocorrência ou não de sintomas ou doenças (pergunta global), como a partir da resposta estimulada por uma lista de problemas de saúde a serem apontados pelo entrevistado. As duas formas de obtenção da informação podem produzir estimativas diferentes da morbidade, podendo ainda variar entre homens e mulheres. Na pesquisa geral de domicílios na Grã-Bretanha, observou-se uma leve diferença em favor das mulheres na frequência de doenças crônicas, quando a coleta da informação sobre morbidade foi realizada a partir da pergunta global. Alterando-se a forma de perguntar, utilizando-se uma lista de problemas de saúde, a prevalência de doenças crônicas dobrou para os homens e quase triplicou para as mulheres (Macintyre *et al.*, 1999). A experiência da Grã-Bretanha mostra a importância do viés de resposta nas estimativas de morbidade.

A auto-avaliação do estado de saúde é geralmente medida em escala com quatro catego-

rias, como nos inquéritos ingleses sobre saúde e estilo de vida entre adultos – HALS (Macintyre *et al.*, 1996), ou cinco categorias (NCHS, 1996; IBGE, 2000). Para este indicador de morbidade, as mulheres tendem a relatar piores condições de saúde que os homens, em praticamente todas as faixas etárias (Macintyre *et al.*, 1996). Apesar de seu caráter subjetivo, a auto-avaliação do estado de saúde é freqüentemente utilizada em inquéritos populacionais e tem especial relevância na explicação do uso de serviços de saúde. A proporção de pessoas que define seu estado de saúde como regular ou ruim é um poderoso preditor do uso de serviços de saúde e já foi associado com a mortalidade em estudos longitudinais (Mackenbach *et al.*, 1994).

De um modo geral, o relato de condições crônicas é mais freqüente nas mulheres, mas quando se leva em conta a gravidade da enfermidade, os homens tendem a reportar mais doenças crônicas fatais (Verbrugge & Wingard, 1987; Bird & Rieker, 1999). O relato de doenças crônicas de baixa letalidade (por exemplo, hipertensão, artrite, dor lombar crônica, dor de cabeça, sinusite e asma) é maior entre as mulheres, mesmo quando desagregado por variáveis socioeconômicas, como o percentual de contribuição na renda familiar, ser ou não chefe da família e posição no mercado de trabalho (Marcus & Seeman, 1981). Na Inglaterra, há um nítido excesso em favor das mulheres no relato de doenças crônicas, limitantes ou não, porém este padrão não é evidente em todas as faixas etárias (Macintyre *et al.*, 1996).

A restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde também é um indicador de necessidades de saúde comumente usado em inquéritos populacionais (Bruin *et al.*, 1996). Embora possa medir condições crônicas (NCHS, 1995), comparado à auto-avaliação, apresenta maior objetividade e está mais associado a doenças agudas ou episódios agudos de enfermidades crônicas (Gijssbers *et al.*, 1991). Diferentes inquéritos de saúde têm usado períodos diversos de observação (em geral 15 ou 30 dias). No caso brasileiro, tanto a pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989 (Inan, 1990) quanto a PNAD/98, utilizaram o período de referência de 15 dias. Segundo Bruin *et al.* (1996), períodos de referência maiores do que duas semanas podem introduzir viés de memória, principalmente quando se trata de agravos à saúde agudos menos graves.

A diferença de gênero, desfavorável às mulheres, na resposta à pergunta sobre restrição

de atividades rotineiras por motivo de saúde se reduz ao controlar-se a análise por fatores sociais, principalmente a posição no mercado de trabalho (Marcus & Seeman, 1981).

O padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é predominantemente explicado por seu perfil de necessidades em saúde (Hulk & Wheat, 1985). O uso de serviços está condicionado, também, por inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor. A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos (Wennberg, 1985). Por outro lado, as escolhas individuais também são cruciais, sendo que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas. Dessa forma, desigualdades no uso de serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. Igualmente, indicam diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (Pinheiro & Travassos, 1999; Travassos *et al.*, 2000).

De modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Este diferencial explica-se em parte pelas variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, incluindo-se as demandas associadas à gravidez e ao parto. Um outro fator apontado é o maior interesse das mulheres com relação à sua saúde (Verbrugge, 1989). Buscando estudar esta relação, Green & Pope (1999) analisaram uma amostra de indivíduos filiados a uma organização de saúde sem fins lucrativos dos EUA e encontraram pequenas diferenças, porém estatisticamente significantes, quando levaram em conta problemas específicos de cada sexo.

O conceito de acesso aos serviços de saúde é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso (Ojanuga & Gilbert, 1992; Puentes-Markides, 1992). Fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso. Ter um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso e pode ser considerado um indicador de acesso (Marcus & Siegel, 1982; Puentes-Markides, 1992; NCHS, 1996). Em estudo realizado nos EUA, Verbrugge (1989) também verificou

que as mulheres utilizavam com maior regularidade um mesmo serviço de saúde, quando comparadas com os homens.

A cobertura por plano de saúde e a possibilidade de utilização de recursos próprios são fatores relacionados a diferenças no uso de serviços de saúde. A literatura americana refere que a cobertura por planos e seguros de saúde é menor entre as mulheres (Verbrugge, 1989).

Neste trabalho apresenta-se uma análise descritiva do perfil de morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde por homens e por mulheres no Brasil, com objetivo de investigar a existência de diferencial de gênero. As análises foram desagregadas por idade, pois o perfil de necessidades de saúde varia entre homens e mulheres segundo a idade. Desagregou-se também por condição de residência urbana e rural, considerada fator relevante tanto do ponto de vista da qualidade da informação, supostamente melhor nas pessoas com residência urbana, como por conta do diferencial na oferta.

Metodologia

Foram utilizados os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que, neste ano, incluiu um suplemento sobre acesso e utilização de serviços de saúde. A amostra da PNAD/98, constituída por 110 mil domicílios, é representativa da população de cada estado da federação, com exceção da população rural dos estados da região Norte que não foram incluídos.

Foi realizada análise descritiva do perfil demográfico, da morbidade referida, do acesso e da cobertura por planos de saúde, e do padrão de procura e utilização de serviços de saúde para homens e mulheres residentes em áreas urbanas ou rurais. Todos os indicadores foram desagregados por área de moradia (urbana e rural) e idade: 0 a 4 anos e 5 a 9 anos (crianças); 10 a 14 anos (pré-adolescentes); 15 a 24 anos (adolescentes e adultos jovens); 25 a 49 anos (adultos em fase reprodutiva); 50 a 64 anos (adultos) e 65 anos ou mais (idosos).

O perfil de morbidade foi analisado a partir de: percentual de pessoas com auto-avaliação do estado de saúde deficiente (agregando-se as alternativas regular, ruim e muito ruim); percentual de pessoas que referiram pelo menos uma doença crônica entre as 12 doenças crônicas listadas no questionário (doença de coluna ou

costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão ou pressão alta, doença de coração, doença renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite, e cirrose); percentual de pessoas que referiram restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde nos 15 dias que antecederam a pesquisa; média de dias de restrição; motivo da restrição e prevalência das doenças crônicas. Para as crianças pequenas as respostas foram fornecidas pelos responsáveis, e para os ausentes, pelos moradores entrevistados.

O acesso a serviços de saúde foi analisado a partir dos seguintes indicadores: 1) percentual de pessoas que procuram um mesmo serviço de saúde quando necessitam de atendimento e 2) frequência de consulta ao médico e ao dentista nos 12 meses que antecederam à entrevista. Além disso, foram analisadas informações sobre a cobertura por plano de saúde, dada pela percentagem de pessoas que têm direito, como titular ou dependente, a um ou mais planos de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público.

O padrão de procura e utilização de serviços de saúde foi analisado a partir dos seguintes indicadores: porcentagem de pessoas que procuraram serviços de saúde nos 15 dias que antecederam a pesquisa; distribuição de frequência do motivo da procura e do tipo de serviço procurado; taxa de utilização de serviços de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista (número de pessoas que procuraram serviços de saúde e foram atendidas por 100 habitantes); taxa de utilização de serviços de saúde nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista, segundo morbidade (restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde); prevalência de atendimento (número de pessoas que foram atendidas por um serviço de saúde para cada 100 pessoas que procuraram serviços) e taxa de internação hospitalar nos últimos 12 meses (número de pessoas que referiram pelo menos uma internação hospitalar no período de referência por 100 habitantes). Analisaram-se também a distribuição de frequência dos motivos da não procura, motivos do não atendimento e fonte de financiamento do uso de serviços de saúde.

Tendo em vista o processo de amostragem complexo, em multistádios, para garantir a representatividade da amostra da PNAD, a análise dos dados foi feita utilizando-se os pesos normalizados (Pfeffermann, 1996). Como as observações originaram-se de aglomerados (mu-

nicípios, setores e domicílios), ocorreu violação da independência entre elas e tornou-se necessário corrigir o erro padrão das estatísticas, a partir do efeito de desenho. Efeito do desenho de uma estatística é a razão que compara a variância dessa estatística, obtida a partir de determinado desenho amostral, com a variância calculada com base em uma amostra aleatória simples com reposição (Lee *et al.*, 1989). Este fator é usado para avaliar a perda ou ganho de precisão da estimativa quando não se tem o desenho amostral aleatório com reposição. Não se levando em conta este efeito, pode-se estar aceitando ou rejeitando uma estatística sem, de fato, ser adequado fazê-lo.

O cálculo da variância em amostras complexas é uma tarefa que requer técnicas especiais (Lee *et al.*, 1989). Existem alguns programas computacionais que realizam este cálculo, como é o caso do SUDAAN (Shah *et al.*, 1997), que foi utilizado neste trabalho.

Resultados

A amostra da PNAD/98 contém 344.975 pessoas (281.695 residentes em áreas urbanas e 63.280 em áreas rurais). Do total, 51,2% são mulheres (Tabela 1). O sexo feminino predomina no meio urbano (51,9%) e o masculino no meio rural (51,8%). Entretanto, existe nas áreas urbanas uma maior proporção de homens até os 14 anos de idade, quando esta relação se inverte. Nas pessoas maiores de 65 anos, 58,4% da população é do sexo feminino. No caso dos residentes nas áreas rurais, há predominância do sexo masculino em todas as faixas etárias.

Morbidade referida

O percentual de indivíduos que relatam problema de saúde varia em função do indicador analisado. Aproximadamente 23% da população auto-avalia seu estado de saúde como defi-

Tabela 1
Características demográficas, por região urbana e rural. Brasil, 1998.

Faixa etária	Urbana		Rural		Subtotal		Total
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	
0 – 4 anos							
n	13.087	12.820	3.624	3.544	16.711	16.364	33.075
%	50,5	49,5	50,6	49,4	50,5	49,5	100,0
5 a 9 anos							
n	13.571	13.013	3.898	3.574	17.469	16.587	34.056
%	51,0	49,0	52,2	47,8	51,3	48,7	100,0
10 a 14 anos							
n	14.694	14.550	3.980	3.772	18.674	18.322	36.996
%	50,2	49,8	51,3	48,7	50,5	49,5	100,0
15 a 24 anos							
n	27.813	28.815	6.228	5.496	34.041	34.311	68.352
%	49,1	50,9	53,1	46,9	49,8	50,2	100,0
25 a 49 anos							
n	46.789	52.446	9.834	9.127	56.623	61.573	118.196
%	47,1	52,9	51,9	48,1	47,9	52,1	100,0
50 a 64 anos							
n	12.858	15.290	3.284	3.108	16.142	18.398	34.540
%	45,7	54,3	51,4	48,6	46,7	53,3	100,0
65 anos ou mais							
n	6.629	9.320	1.941	1.870	8.570	11.190	19.760
%	41,6	58,4	50,9	49,1	43,4	56,6	100,0
Total							
n	135.441	146.254	32.789	30.491	168.230	176.745	344.975
%	48,1	51,9	51,8	48,2	48,8	51,2	100,0

Fonte: PNAD/1998

ciente, 31,6% informam apresentar pelo menos uma doença crônica e 6,9% referem restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde nas duas semanas que antecederam a entrevista. Independentemente do indicador de necessidade de saúde analisado, as mulheres relatam mais morbidade do que os homens, porém as diferenças variam de acordo com o indicador.

Segundo a PNAD/98, 23,5% das mulheres e 18,2% dos homens auto-avaliaram seu estado de saúde como deficiente (agregação de regular, ruim ou muito ruim), sendo que as mulheres têm uma avaliação mais negativa do que os homens. Até os 14 anos, evidencia-se uma melhora da auto-avaliação do estado de saúde, que piora progressivamente com a idade, em ambos os sexos, atingindo valores na faixa dos 50% a 60% para os indivíduos com mais de 50 anos. Os meninos até 9 anos de idade apresentaram pior estado de saúde do que as meninas, mas não há diferença de gênero nas idades de 10 a 14 anos. A partir dos 15 anos de idade, a condição de saúde auto-avaliada é pior entre as mulheres. Os diferenciais de gênero aumentam com a idade até a faixa etária 50-64 anos e decrescem na última faixa etária. No estrato rural, homens e mulheres referem pior condição de saúde (20,6% e 25,9%, respectivamente) do que os indivíduos com domicílio em área urbana (17,5% e 22,9%, respectivamente). Em geral, não se observa diferença importante entre os sexos nas crianças residentes em áreas rurais, mas na área urbana os meninos com menos de 5 anos apresentam pior avaliação do estado de saúde (Tabela 2).

Considerando as pessoas que responderam afirmativamente a pelo menos uma das 12 doenças crônicas listadas no questionário da PNAD/98, constata-se novamente uma maior proporção entre as mulheres (35,3%) do que entre os homens (27,8%). A distribuição etária na frequência de doença crônica entre os gêneros tem padrão semelhante ao observado na auto-avaliação do estado de saúde. A diferença entre homens e mulheres é maior na região urbana: 27,7% dos homens e 35,9% das mulheres referem doença crônica, enquanto na região rural, 28,1% dos homens e 32,9% das mulheres. Diferentemente da auto-avaliação, a distribuição etária das doenças crônicas nas duas regiões segue o padrão geral: a frequência é maior entre homens até a idade de 10 anos em ambas as áreas, e a partir daí as mulheres passam a apresentar maior prevalência (exceção das crianças de 10 a 14 anos na área rural que não

apresentam diferença de gênero). As diferenças de gênero se reduzem a partir dos 65 anos nas áreas urbana e rural.

No caso da restrição de atividades por motivo de saúde, as mulheres também apresentam maior percentual do que os homens (7,0% e 5,6%, respectivamente). A diferença segundo sexos na porcentagem de pessoas que referem restrição de atividades é significativa na primeira faixa etária, desfavorável aos homens, e a partir dos 15 anos, desfavorável às mulheres. As diferenças entre homens e mulheres, apesar de estatisticamente significantes, são pequenas e ligeiramente maiores na região urbana (5,6% dos homens e 7,1% das mulheres). Na região rural, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. O padrão etário na região urbana é semelhante ao padrão geral. Porém, na região rural somente são observadas diferenças entre os 25 e 49 anos.

A média do número de dias de restrição de atividade por motivo de doença é ligeiramente superior para o conjunto dos homens (5,7) e das mulheres (5,4). Quando se observam as médias por faixas de idade, nota-se uma diminuição dos valores até a adolescência e um crescimento a partir da faixa etária 15-24, sendo que as diferenças de gênero, desfavoráveis aos homens, são pequenas e menores do que 1 dia. As diferenças entre homens e mulheres são praticamente iguais nos dois estratos, exceto dos 24 aos 49 anos, em que são desfavoráveis aos homens da região urbana (Tabela 3).

Homens e mulheres também apresentam diferenças em relação ao problema de saúde que causou a restrição de atividades, que, embora pequenas, em alguns casos são estatisticamente significativas (Tabela 4). Destaca-se a frequência relativa de acidentes e agressão, que é bem maior entre os homens (8,3%) do que nas mulheres (3,2%). Cerca de 5,0% dos motivos da restrição de atividades por motivo de saúde foram devidos a problemas mental ou emocional, com pequena variação de gênero (5,2% para as mulheres e 4,6% para os homens). Uma proporção expressiva – 10,2% das mulheres e 7,3% dos homens – alegou outro motivo, que não um dos listados na PNAD/98, como causa da restrição. As variações de gênero, segundo a área de residência, não foram relevantes.

Com relação ao tipo de doença crônica auto-referida, observou-se maior prevalência nas mulheres em ambas as regiões, para todas as doenças (Tabela 5), à exceção da cirrose, que predomina entre os homens, e do câncer, que

Tabela 2

Indicadores de morbidade, segundo faixa etária, sexo e região urbana e rural. Brasil, 1998.

Faixa etária	Urbana			Rural			Total		
	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.
Auto-avaliação deficiente (regular e ruim)									
0 a 4 anos	9,8	8,4	-1,4**	7,8	7,3	-0,5 NS	9,3	8,1	-1,2**
5 a 9 anos	8,1	7,4	-0,7 NS	7,7	7,2	-0,5 NS	8,0	7,4	-0,6 *
10 a 14 anos	7,0	7,0	0,0 NS	8,5	7,1	-1,4 *	7,4	7,1	-0,3 NS
15 a 24 anos	8,6	11,8	3,2**	9,6	14,0	4,4**	8,8	12,2	3,4**
25 a 49 anos	17,9	24,5	6,6**	24,1	33,1	9,0**	19,1	25,9	6,8**
50 a 64 anos	40,3	50,8	10,5**	48,7	61,1	12,4**	42,2	52,8	9,6**
65 anos ou mais	59,1	64,1	5,0**	64,9	72,9	8,0**	60,5	65,7	5,2**
Total	17,5	22,9	5,4**	20,6	25,9	5,3**	18,2	23,5	5,3**
Referência a pelo menos uma doença crônica									
0 a 4 anos	11,1	8,8	-2,3**	7,5	5,8	-1,7 *	10,2	8,1	-2,1**
5 a 9 anos	10,7	9,3	-1,4**	6,6	4,7	-1,9**	9,7	8,2	-1,5**
10 a 14 anos	9,5	10,3	0,8 *	7,1	6,7	-0,4NS	8,9	9,5	0,6NS
15 a 24 anos	13,8	20,7	6,9**	11,5	18,6	6,9**	13,3	20,3	7,0**
25 a 49 anos	33,9	43,7	9,8**	39,6	47,3	7,7**	35,0	44,3	9,3**
50 a 64 anos	62,0	73,9	11,9**	68,6	77,0	8,4**	63,5	74,5	11,0**
65 anos ou mais	75,0	83,6	8,6**	78,3	85,5	7,2**	75,8	83,9	8,1**
Total	27,7	35,9	8,2**	28,1	32,9	4,8**	27,8	35,3	7,5**
Restrição de atividades por motivo de saúde									
0 a 4 anos	7,6	6,4	-1,2**	5,0	5,4	0,4 NS	7,0	6,2	-0,8 **
5 a 9 anos	5,9	5,3	-0,3 NS	3,5	3,7	0,2 NS	5,3	4,9	-0,4 NS
10 a 14 anos	3,8	3,8	0,0 NS	2,9	2,9	0,0 NS	3,6	3,6	0,0 NS
15 a 24 anos	3,4	4,6	1,2**	3,1	4,2	1,1 NS	3,3	4,5	1,2 **
25 a 49 anos	4,7	6,9	2,2**	6,3	7,2	0,9 *	5,0	7,0	2,0 **
50 a 64 anos	8,8	11,6	2,8**	10,0	10,5	0,5 NS	9,1	11,4	2,3 **
65 anos ou mais	13,5	15,9	2,4**	14,5	15,7	1,2 NS	13,8	15,9	2,1 **
Total	5,6	7,1	1,5**	5,7	6,4	0,7 **	5,6	7,0	1,4 **

Fonte: PNAD/1998

*0,01 < p < 0,05

**p < 0,01

NS p > 0,05

não mostrou diferença de gênero. As maiores diferenças foram observadas para doença de coluna ou costas (na região urbana), artrite ou reumatismo, hipertensão e depressão. Para quase todas as doenças listadas na PNAD/98, os percentuais são maiores na região urbana, com exceção de doença renal crônica e artrite ou reumatismo. Os homens com domicílio em região rural referem doença nas costas e coluna (18,3%) em proporções maiores do que os da região urbana (14,1%). As magnitudes das diferenças entre gêneros, de um modo geral desfavoráveis às mulheres, são maiores na região urbana, à exceção da hipertensão e diabetes.

Acesso a serviços de saúde

O uso regular de um mesmo serviço de saúde pode ser interpretado como ter uma “porta de entrada” ao sistema de saúde (Tabela 6). As mulheres referem com mais frequência do que os homens ter um serviço de saúde que utilizam regularmente (73,6% e 68,7%, respectivamente). Essa prática é mais comum entre as crianças e idosos, decresce com a idade até a pré-adolescência (mulheres) ou adolescência e adultos jovens (homens), tornando a se elevar a partir de então. As diferenças de gênero são da ordem de 5 pontos percentuais, favoráveis às mulheres nas duas regiões. O percentual de pessoas que referem uso de serviço regular é cerca de 10% maior na região urbana para os dois sexos.

Tabela 3

Média (desvio padrão) dos dias de restrição de atividades rotineiras, segundo faixa etária, sexo e região urbana e rural. Brasil, 1998.

Faixa etária	Urbana			Rural			Total		
	Homens	Mulheres	Dif.	Homens	Mulheres	Dif.	Homens	Mulheres	Dif.
0 a 4 anos	4,4 (3,3)	4,4 (3,6)	0,0 NS	4,3 (3,6)	4,2 (3,3)	-0,1 NS	4,4 (3,3)	4,4 (3,3)	0,0 NS
5 a 9 anos	3,9 (3,3)	3,8 (3,9)	-0,2 NS	4,4 (3,9)	4,8 (4,1)	0,4 NS	4,0 (3,4)	4,0 (3,3)	0,0 NS
10 a 14 anos	4,0 (3,6)	3,8 (3,3)	-0,2 NS	3,9 (3,3)	3,6 (3,3)	-0,4 NS	3,9 (3,5)	3,7 (3,4)	-0,2 NS
15 a 24 anos	5,2 (4,4)	4,4 (4,4)	-0,8**	5,2 (4,4)	4,7 (3,7)	-0,6 NS	5,2 (4,4)	4,4 (3,9)	-0,8**
25 a 49 anos	6,0 (4,7)	5,3 (4,4)	-0,7**	5,5 (4,4)	5,4 (4,1)	-0,1 NS	5,9 (4,6)	5,3 (4,4)	-0,6**
50 a 64 anos	6,9 (4,9)	6,2 (4,6)	-0,7**	6,5 (4,6)	5,9 (4,3)	-0,6 NS	6,8 (4,8)	6,1 (4,6)	-0,7**
65 anos ou mais	8,0 (5,0)	7,5 (5,0)	-0,5 *	7,9 (5,0)	7,3 (4,7)	-0,6 NS	7,9 (5,0)	7,4 (4,9)	-0,5 *
Total	5,7 (4,6)	5,4 (4,5)	-0,3**	5,7 (4,5)	5,4 (4,2)	-0,3 *	5,7 (4,5)	5,4 (4,4)	-0,3**

Fonte: PNAD/1998

*0,01 < p < 0,05

**p < 0,01

NS p > 0,05

Tabela 4

Percentual de pessoas que referiram restrição de atividades por motivo de saúde, segundo o motivo principal da restrição, por sexo e situação urbana e rural. Brasil, 1998.

	Urbana **		Rural **		Total **	
	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %
Doença	76,5	78,7	79,9	83,6	77,1	79,7
Problema mental ou emocional	4,8	5,2	3,9	5,2	4,6	5,2
Problema odontológico	2,0	1,3	2,0	0,8	2,0	1,2
Acidente	8,6	3,4	7,5	2,4	8,3	3,2
Outro motivo	7,7	10,8	6,0	7,2	7,3	10,2
Ignorado	0,6	0,6	0,8	0,9	0,7	0,6
Total						
n	7.393	10.079	2.075	2.171	9.468	12.250
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: PNAD/1998

**p < 0,01

Um percentual bem maior de mulheres (62,3%), em relação aos homens (46,7%), refere ter realizado consultas médicas ao longo dos 12 meses que antecederam a entrevista (Tabela 6). O perfil, segundo as faixas etárias, varia da mesma forma que ocorre com a procura regular. As diferenças são favoráveis às mulheres nas duas regiões em cerca de 15 pontos percentuais, porém a proporção de pessoas que consultou médico no último ano é maior na região urbana (30% maiores para os homens e 21% maiores para as mulheres). Nas duas regiões, praticamente não se observam diferenças de gênero até os 14 anos. Elas crescem acentuadamente em favor das mulheres a partir dos 15 e diminuem nas duas últimas faixas etárias, o

que acompanha a tendência observada para o uso regular de um mesmo serviço.

A média do número de consultas é maior para as mulheres e observa-se o mesmo padrão etário registrado para o indicador anterior (Tabela 7). Na última faixa etária (65 anos ou mais) nota-se uma redução dos diferenciais de gênero nas duas regiões, sendo que a redução da diferença deve-se a um decréscimo na frequência de consultas das mulheres, em especial na região rural.

A frequência de pelo menos uma consulta ao dentista no ano que antecedeu a entrevista (Tabela 6) é baixíssima – 35,3% entre as mulheres e 30,9% entre os homens. As taxas mais elevadas (entre 40% e 48%) são observadas nos

Tabela 5

Percentual de pessoas que referiram doenças crônicas, por sexo e situação urbana e rural. Brasil, 1998.

	Urbana			Rural			Total		
	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.
Bronquite ou asma	5,1	5,3	0,2 *	3,6	3,7	0,1 NS	4,7	5,0	0,3**
Doença de coluna ou costas	14,1	19,6	5,5**	18,3	19,8	1,5**	15,1	19,7	4,6**
Artrite ou reumatismo	5,1	9,9	4,8**	8,6	12,3	3,7**	5,8	10,4	4,6**
Câncer	0,2	0,3	0,1 NS	0,1	0,1	0,0 NS	0,2	0,2	0,0 NS
Diabetes	1,7	2,6	0,9**	0,8	1,8	1,0**	1,5	2,4	0,9**
Hipertensão	8,4	13,1	4,7**	6,8	12,3	5,5**	8,1	13,0	4,9**
Doença de coração	3,3	5,0	1,7**	2,3	3,5	1,2**	3,1	4,7	1,6**
Doença renal crônica	2,2	2,6	0,4**	2,9	2,9	0,0 NS	2,3	2,7	0,4**
Depressão	3,1	7,3	4,2**	2,2	5,1	2,9**	3,0	6,9	3,9**
Tendinite ou tenossinovite	1,3	2,6	1,3**	1,1	1,5	0,4**	1,2	2,4	1,2**
Cirrose	0,2	0,1	-0,1**	0,1	0,0	-0,1**	0,2	0,1	-0,1**
Tuberculose	0,102	0,075	-0,027*	0,134	0,059	-0,075**	0,109	0,072	-0,037**

Fonte: PNAD/1998

*0,01 < p < 0,05

**p < 0,01

NS p > 0,05

indivíduos em idade escolar, decrescendo a partir dos 15 anos. As diferenças de gênero favoráveis às mulheres são observadas entre 5 e 49 anos, e se invertem a partir dos 50 anos. Entre os idosos, apenas cerca de 11% foram ao dentista no ano anterior à pesquisa. Observam-se diferenças de gênero, favoráveis às mulheres, tanto na área urbana (38,2% para as mulheres e 33,9% para os homens) quanto na rural (23,1% e 20%, respectivamente). A tendência da consulta ao dentista segundo as faixas etárias é semelhante nos dois sexos no meio urbano e rural, mas destaca-se desvantagem dos moradores das áreas rurais. A inversão das diferenças, a favor dos homens idosos, é mais acentuada na área rural.

Como análise complementar, verificou-se que a porcentagem de pessoas que nunca foram ao dentista é de 20,5% para os homens e 17,1% para as mulheres, e esse percentual decresce com a idade (Tabela 6). Em ambas as regiões, as diferenças são desfavoráveis aos homens, sendo o percentual da área rural o dobro da área urbana, onde os diferenciais de sexo são pequenos. Na área rural, observam-se diferenças bem marcadas na faixa etária de 15 a 24 anos, favoráveis às mulheres.

Cobertura por planos de saúde

A cobertura por planos de saúde públicos ou privados (Tabela 8) é ligeiramente superior para mulheres (25,7%) do que para homens

(23,1%), e é bem maior na região urbana (em torno de 29%) do que na região rural (em torno de 6%). Considerando-se as faixas etárias, nota-se que na região urbana a cobertura é praticamente constante, em torno de 25%, até a faixa etária 15-24 anos e cresce de maneira acentuada nas duas faixas etárias seguintes chegando ao patamar de 30-35% na faixa de 50-64 anos, decrescendo para os mais idosos. O comportamento é semelhante entre sexos, mas os diferenciais de gênero, sempre em favor das mulheres, aumentam a partir de 15 a 24 anos, na região urbana. Na área rural, a cobertura é menor e as diferenças de gênero são pequenas.

Procura e utilização de serviços de saúde

As taxas de procura por serviços de saúde nos 15 dias que antecederam à entrevista são maiores para as mulheres (15,8%) do que para os homens (10,1%). Entre as crianças pequenas (menores de 5 anos), são favoráveis aos meninos e decrescem entre os 5 e os 14 anos, não havendo diferença entre os sexos nestas idades (Tabela 9). A partir dos 15 anos, os diferenciais entre os sexos são bem grandes, mesmo entre os idosos. Mulheres e homens residentes nas áreas urbanas procuraram com mais frequência serviços de saúde do que os residentes nas áreas rurais. Enquanto as curvas para os homens nas duas regiões têm um formato em U – maiores taxas nos extremos etários –, as curvas para as mulheres aproximam-se mais de um J.

Tabela 6

Distribuição da população segundo referência a serviços de saúde de uso regular, consulta ao médico e ao dentista nos últimos 12 meses, segundo faixa etária, sexo e região urbana e rural. Brasil, 1998.

Faixa etária	Urbana			Rural			Total		
	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.
Serviços de saúde de uso regular									
0 a 4 anos	79,3	78,2	-1,1 *	67,3	68,6	1,3 NS	76,4	75,9	-0,5 NS
5 a 9 anos	75,7	76,5	0,8 NS	64,7	64,7	0,0 NS	72,9	73,6	0,7 NS
10 a 14 anos	72,0	72,4	0,4 NS	62,5	61,2	-1,3 NS	69,7	69,8	0,1 NS
15 a 24 anos	66,0	71,8	5,8**	57,7	66,6	8,9**	64,3	70,9	6,6**
25 a 49 anos	67,8	75,3	7,5**	63,6	71,6	8,0**	67,0	74,7	7,7**
50 a 64 anos	70,2	76,3	6,1**	63,9	69,9	6,0**	68,8	75,1	6,3**
65 anos ou mais	73,6	78,5	4,9**	63,8	67,6	3,8 *	71,2	76,5	5,3**
Total	70,0	75,0	5,0**	63,0	67,8	4,8**	68,7	73,6	4,9**
Consulta ao médico nos últimos 12 meses									
0 a 4 anos	73,0	72,6	-0,4 NS	56,2	54,0	-2,2 NS	68,9	68,1	-0,8 NS
5 a 9 anos	55,2	55,0	-0,2 NS	38,0	37,2	-0,8 NS	51,0	50,6	-0,4 NS
10 a 14 anos	41,5	43,5	2,0**	27,1	29,1	2,0 NS	38,1	40,2	2,1**
15 a 24 anos	36,0	56,1	20,1**	24,2	49,6	25,4 **	33,6	55,0	21,4**
25 a 49 anos	45,6	68,7	23,1**	34,8	63,1	28,3 **	43,5	67,8	24,3**
50 a 64 anos	59,7	76,4	16,7**	46,2	67,9	21,7 **	56,7	74,8	18,1**
65 anos ou mais	70,0	79,6	9,6**	57,9	70,9	13,0 **	67,0	78,0	11,0**
Total	49,4	64,4	15,0**	37,1	53,4	16,3**	46,7	62,3	15,6**
Proporção de pessoas que foram ao dentista no último ano									
0 a 4 anos	13,4	13,3	-0,1NS	5,4	5,4	0,0 NS	11,4	11,4	0,0 NS
5 a 9 anos	45,2	46,7	1,5 *	24,4	26,9	2,5*	40,0	41,9	1,9**
10 a 14 anos	47,1	52,2	5,1**	28,2	32,7	4,5**	42,5	47,7	5,2**
15 a 24 anos	39,9	49,1	9,2**	28,8	36,8	8,0**	37,6	46,8	9,2**
25 a 49 anos	34,4	41,5	7,1**	20,0	25,3	5,3**	31,6	38,9	7,3**
50 a 64 anos	24,8	24,1	-0,7 NS	11,7	9,1	-2,6**	21,9	21,3	-0,6 NS
65 anos ou mais	13,2	12,1	-1,1 *	7,8	4,5	-3,3**	11,9	10,7	-1,2**
Total	33,9	38,2	4,3**	20,0	23,1	3,1**	30,9	35,3	4,4**
Proporção de pessoas que nunca foram ao dentista									
0 a 4 anos	83,1	83,4	0,3 NS	93,2	93,0	-0,2 NS	85,5	85,7	0,2NS
5 a 9 anos	36,2	35,7	-0,5 NS	64,8	63,0	-1,8 NS	43,3	42,4	-0,9NS
10 a 14 anos	17,1	15,0	-2,1**	43,8	39,7	-4,1**	23,5	20,1	-3,4**
15 a 24 anos	8,2	5,4	-2,8**	26,6	15,9	-10,7**	12,0	7,3	-4,7**
25 a 49 anos	3,4	1,8	-1,6**	11,8	7,2	-4,6**	5,0	2,6	-2,4**
50 a 64 anos	3,4	2,4	-1,0**	12,0	9,0	-3,0**	5,3	3,6	-1,7**
65 anos ou mais	6,0	4,2	-1,8**	15,4	12,8	-2,6 *	8,3	5,8	-2,5**
Total	16,7	14,0	-2,7**	34,0	29,8	-4,2**	20,5	17,1	-3,4**

Fonte: PNAD/1998

* p<0,05

** p<0,001

NS p>0,05

Tabela 7

Média (desvio padrão) do número de consultas médicas no último ano, segundo faixa etária, sexo e região urbana e rural. Brasil, 1998.

Faixa etária	Urbana			Rural			Total		
	Homens	Mulheres	Dif.	Homens	Mulheres	Dif.	Homens	Mulheres	Dif.
0 a 4 anos	4,4 (4,6)	4,3 (4,0)	-0,1 *	3,0 (2,9)	3,0 (2,7)	0,0 NS	4,1 (4,4)	4,0 (3,8)	-0,1 *
5 a 9 anos	3,1 (3,7)	3,0 (3,5)	-0,1 NS	2,4 (2,6)	2,4 (2,4)	0,0 NS	3,0 (3,5)	2,9 (3,4)	-0,1 NS
10 a 14 anos	2,7 (3,7)	2,7 (3,2)	0,0 NS	2,2 (2,5)	2,3 (2,8)	0,1 NS	2,6 (3,5)	2,6 (3,2)	0,0 NS
15 a 24 anos	2,6 (3,2)	3,8 (4,1)	1,2**	2,3 (2,8)	3,4 (3,2)	1,1**	2,5 (3,1)	3,7 (4,0)	1,2**
25 a 49 anos	3,1 (4,3)	4,3 (5,1)	1,2**	2,8 (4,2)	3,7 (4,1)	0,9**	3,1 (4,3)	4,2 (4,9)	1,1**
50 a 64 anos	4,2 (5,6)	5,4 (6,4)	1,2**	3,3 (4,1)	4,3 (4,8)	1,0**	4,1 (5,4)	5,2 (6,2)	1,1**
65 anos ou mais	5,2 (7,1)	5,7 (6,7)	0,5**	3,6 (4,1)	4,0 (4,8)	0,4 *	4,9 (6,6)	5,5 (6,5)	0,6**
Total	3,5 (4,6)	4,3 (5,0)	0,8**	2,8 (3,6)	3,5 (3,8)	0,7**	3,4 (4,4)	4,1 (4,9)	0,7**

Fonte: PNAD/1998

* p<0,05

** p<0,001

NS p>0,05

Tabela 8

Cobertura por planos de saúde, segundo faixa etária, sexo e região urbana e rural. Brasil, 1998.

	Urbana			Rural			Total		
	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.
0 – 4 anos	25,7	24,7	-1,0 NS	5,0	4,2	-0,8 NS	20,7	19,7	-0,9 NS
5 – 9 anos	26,2	25,4	-0,8 NS	4,4	5,5	1,1*	20,8	20,6	-0,2 NS
10 – 14 anos	25,5	25,1	-0,4 NS	4,7	4,8	0,1 NS	20,5	20,4	-0,1 NS
15 – 24 anos	24,2	26,5	2,3**	4,3	5,5	1,2**	20,2	22,7	2,6**
25 – 49 anos	30,6	34,4	3,9**	6,5	8,1	1,6**	26,0	30,1	4,1**
50 – 64 anos	32,7	35,7	3,1**	6,5	7,2	0,7 NS	26,9	30,4	3,5**
65 anos ou mais	29,3	33,1	3,8**	5,6	6,5	0,9 NS	23,5	28,2	4,6**
Total	28,0	30,4	2,4**	5,4	6,3	0,9**	23,1	25,7	2,6**

Fonte: PNAD/1998

* p<0,05

** p<0,001

NS p>0,05

As diferenças, favoráveis às mulheres, crescem, segundo a idade, mas caem à metade para os maiores de 65 anos em relação à faixa etária anterior (50 a 64 anos).

Existem também marcadas diferenças de gênero quanto ao motivo da procura de serviços de saúde, mesmo quando excluídos os partos e os atendimentos de pré-natal (Tabela 10). As mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram serviços de saúde predominantemente por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres). Dentre os homens, destaca-se maior proporção de procura motivada por problemas odontológicos e acidente ou lesão.

O diferencial de gênero não se mantém na área rural, onde o principal motivo de procura entre homens e mulheres é a presença de doença. De qualquer forma, mesmo nas áreas rurais, as mulheres buscam mais serviços por motivos preventivos do que os homens.

Mulheres e homens também variam segundo o tipo de serviço que procuram, porém as diferenças não são muito expressivas, embora estatisticamente significativas (Tabela 10). O serviço de saúde mais procurado por ambos os sexos foi o posto ou centro de saúde (32,6% nas mulheres e 30,2% nos homens), seguido do consultório particular (29,3% nas mulheres e 28,6% nos homens) e do hospital (19,5% nas mulheres e 20,0% nos homens), mas apenas no

Tabela 9

Taxas de procura por serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, segundo faixa etária, sexo e região urbana e rural. Brasil, 1998.

Faixa etária	Urbana			Rural			Total		
	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.
0 a 4 anos	19,3	18,3	-1,0 NS	12,6	11,8	-0,8 NS	17,7	16,7	-1,0 *
5 a 9 anos	10,7	10,3	-0,4 NS	5,8	6,1	0,3 NS	9,4	9,3	-0,1 NS
10 a 14 anos	7,9	8,4	0,5 NS	4,8	5,1	0,3 NS	7,1	7,7	0,6 NS
15 a 24 anos	7,0	13,4	6,4**	4,4	10,8	6,4**	6,5	12,9	6,4 **
25 a 49 anos	9,2	18,1	8,9**	6,8	14,3	7,5**	8,7	17,5	8,8 **
50 a 64 anos	14,8	23,9	9,1**	9,1	17,2	8,1**	13,5	22,6	9,1 **
65 anos ou mais	21,1	25,9	4,8**	13,2	17,0	3,8**	19,2	24,3	5,9 **
Total	10,9	16,7	5,8**	7,2	11,8	4,6**	10,1	15,8	5,7 **

Fonte: PNAD/1998

*0,01 < p < 0,05

**p < 0,01

NS p > 0,05

hospital a frequência é um pouco maior para os homens. A procura a pronto-socorro, farmácia e ambulatório de sindicato prevalece entre os homens, enquanto os ambulatórios especializados (ambulatório de clínica) são mais procurados pelas mulheres. Nas áreas urbanas, a ida ao consultório privado é um pouco maior do que ao posto ou centro de saúde em ambos os sexos. Por outro lado, na área rural, o hospital é mais procurado do que os consultórios privados em ambos os sexos, mas os homens recorrem mais a consultórios privados e farmácia do que as mulheres, e estas procuram mais consultórios especializados (ambulatório de clínica) do que os homens. Vale destacar também no meio rural a baixa prevalência de busca a ambulatórios especializados.

A prevalência de atendimento é semelhante nos dois sexos (97,9% para as mulheres e 98,2% para os homens), significando que a maioria das pessoas que procura serviços é atendida. Não houve variação entre faixas etárias e regiões. Porém, entre as pessoas que procuraram e não foram atendidas observaram-se pequenas diferenças de gênero em favor dos homens.

As taxas de utilização de serviços de saúde nos 15 dias que antecederam à entrevista são semelhantes às taxas de procura e seguem o mesmo perfil descrito para esta variável, já que a prevalência de atendimento, como já mencionado, é bastante alta e praticamente invariável nos gêneros, grupos etários e regiões (Tabela 11). As taxas de utilização apresentam uma distribuição etária em formato de U nos homens e em J para as mulheres, nas duas regiões.

Quando se desagregam as taxas de utilização pela presença de restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde (Tabela 11), observam-se valores muito mais elevados e as distribuições das taxas segundo idade modificam-se substancialmente. É importante observar que as taxas de utilização das pessoas com restrição de atividades rotineiras são mais altas na área urbana. As maiores taxas são observadas nas crianças menores de 5 anos de idade, sem diferença entre os gêneros. As diferenças de gênero, em favor das mulheres, aparecem após os 15 anos de idade, e desaparecem nos idosos (55,8% nas mulheres e 53,4% nos homens). Nas áreas urbanas, as diferenças de gênero nas pessoas com restrição limitam-se aos adultos em fase reprodutiva (25 a 49 anos), enquanto na área rural predominam entre os 15 e 64 anos e são muito mais expressivas do que na área urbana.

Nas pessoas sem restrição de atividades, as taxas de utilização de serviços de saúde são maiores para as mulheres (12,1%) do que para os homens (7,2%). O diferencial de gênero se manifesta a partir dos 15 anos, aumenta com a idade, até os 64 anos, e reduz-se nos idosos. As taxas de utilização são maiores nas áreas urbanas, mas o diferencial de gênero tende a ser um pouco menor no meio rural.

No intervalo de um ano, as mulheres (8,7%) internam-se mais do que os homens (5,1%). A diferença de gênero se mantém mesmo após exclusão dos partos (Tabela 11). As taxas de internação hospitalar e o diferencial de gênero são semelhantes nas áreas urbanas e rurais.

Quanto ao motivo da internação (Tabela 12), excluindo-se os partos, observa-se um com-

Tabela 10

Distribuição das pessoas segundo, motivo da procura e tipo de serviço de saúde procurado, segundo sexo e região urbana e rural. Brasil, 1998.

	Urbana **		Rural **		Total **	
	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %
Motivo da procura ¹						
Exames de rotina ou prevenção	29,5	40,8	22,5	36,7	28,4	40,3
Doença	34,8	32,1	44,4	41,3	36,3	33,4
Problema odontológico	12,4	10,8	12,3	8,9	12,4	10,5
Tratamento ou reabilitação	12,0	11,1	7,3	6,4	11,3	10,4
Acidente ou lesão	7,2	2,8	7,0	2,1	7,1	2,7
Vacinação	3,4	2,0	5,9	4,3	3,7	2,3
Atestado de saúde	0,7	0,3	0,6	0,3	0,7	0,3
Outro motivo	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Total						
n	14.406	22.564 ¹	2.640	3.764 ¹	17.046	26.328 ¹
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Serviço procurado						
Posto ou Centro	28,3	30,6	40,5	44,6	30,2	32,6
Consultório particular	30,6	31,5	17,9	15,8	28,6	29,3
Hospital	19,0	18,4	25,7	26,2	20,0	19,5
Ambulatório clínica	9,8	10,9	3,4	4,7	8,8	10,0
PS/emergência	6,5	4,4	3,7	2,8	6,1	4,2
Farmácia	1,9	1,2	4,1	2,4	2,2	1,4
Amb. emp./sindicato	2,4	1,2	2,3	1,5	2,4	1,2
Laboratório	0,6	0,8	0,5	0,7	0,6	0,8
Outro	0,8	0,9	2,0	1,5	1,0	1,0
Total						
n	14.408	23.751	2.641	3.994	17.049	27.745
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte:PNAD 1998

**p<0,01

¹ Excluindo motivos de procura de serviço de saúde relacionados a parto e pré-natal (4,9% das mulheres na região urbana e 5,6% na região rural).

portamento muito semelhante entre homens e mulheres em ambas as regiões, sendo que há uma maior porcentagem de internações cirúrgicas na região urbana nos dois sexos (em torno de 30%) quando comparada à região rural (em torno de 20%).

Os principais motivos do não atendimento apontados nas duas regiões são (Tabela 13): não ter conseguido vaga ou senha e não haver médico atendendo. A porcentagem de mulheres na região urbana que alega o primeiro motivo é maior do que a dos homens, e o inverso ocorre na área rural. Na região urbana, as diferenças de gênero são estatisticamente significantes, porém pequenas. Na área rural, há diferenças mais expressivas, sendo que as mulheres fazem maior referência ao fato de não haver mé-

dico atendendo, e os homens, à não existência do serviço procurado.

As pessoas alegam diferentes motivos para não terem procurado serviços de saúde (excluídas aquelas que disseram não ter tido necessidade no período de referência da pesquisa), porém em cerca de 20% dos casos o motivo não pode ser identificado, dentre as opções fornecidas pelo questionário da PNAD/98 (Tabela 13). A proporção de respostas na categoria "outros motivos" foi maior para os homens e nas áreas urbanas. A variação de gênero em relação aos motivos alegados para não procurar serviço de saúde é pequena na área urbana e não se observam diferenças na área rural. Nas duas regiões, a principal razão alegada foi falta de dinheiro, principalmente na região rural. Na área

Tabela 11

Taxas de utilização de serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, segundo restrição de atividades e segundo faixa etária, internações nos últimos 12 meses, segundo faixa etária, sexo e região urbana e rural. Brasil, 1998.

Faixa etária	Urbana			Rural			Total		
	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.
Taxa de utilização de serviços de saúde									
0 a 4 anos	19,0	18,0	-1,0 NS	12,4	11,6	-0,8 NS	17,4	16,5	-0,9 *
5 a 9 anos	10,5	10,1	-0,4 NS	5,7	5,9	0,2 NS	9,3	9,1	-0,2 NS
10 a 14 anos	7,8	8,3	0,5 NS	4,6	4,9	0,3 NS	7,0	7,5	0,5 NS
15 a 24 anos	6,9	13,0	6,1 **	4,3	10,6	6,3 **	6,3	12,6	6,3**
25 a 49 anos	9,0	17,7	8,7 **	6,6	13,9	7,3 **	8,5	17,1	8,6**
50 a 64 anos	14,5	23,4	8,9 **	8,9	16,8	7,9 **	13,3	22,2	8,9**
65 anos ou mais	20,8	25,5	4,7 **	13,1	16,8	3,7 **	18,9	23,9	5,0**
Total	10,7	16,4	5,7 **	7,1	11,5	4,4 **	9,9	15,4	5,5**
Taxa de utilização de serviços de saúde para os com restrição de atividades rotineiras									
0 a 4 anos	67,6	68,5	0,9 NS	60,3	59,0	-1,3 NS	66,3	66,5	0,2 NS
5 a 9 anos	60,4	57,4	-3,0 NS	48,7	48,0	-0,7 NS	58,5	55,7	-2,8 NS
10 a 14 anos	58,4	55,4	-3,0 NS	47,7	42,1	-5,6 NS	56,3	53,0	-3,3 NS
15 a 24 anos	55,7	60,0	4,3 NS	38,0	57,0	19,0**	52,3	59,5	7,2**
25 a 49 anos	57,6	63,1	5,5**	41,5	54,3	12,8**	53,8	61,6	7,8**
50 a 64 anos	56,6	60,2	3,6 NS	38,6	49,9	11,3**	52,2	58,4	6,2**
65 anos ou mais	57,2	58,6	1,4 NS	42,4	43,5	1,1 NS	53,4	55,8	2,4 NS
Total	58,8	61,1	2,3**	43,5	51,5	8,0**	55,5	59,4	3,9**
Taxa de utilização de serviços de saúde para os sem restrição de atividades rotineiras									
0 a 4 anos	15,0	14,6	-0,4 NS	9,9	8,9	-1,0 NS	13,8	13,2	-0,6 NS
5 a 9 anos	7,4	7,5	0,1 NS	4,2	4,3	0,1 NS	6,5	6,7	0,2 NS
10 a 14 anos	5,7	6,4	0,7 *	3,3	3,8	0,5 NS	5,2	5,8	0,6**
15 a 24 anos	5,2	10,7	5,5**	3,2	8,6	5,4 **	4,8	10,4	5,6**
25 a 49 anos	6,6	14,3	7,7**	4,2	10,7	6,5 **	6,2	13,7	6,5**
50 a 64 anos	10,5	18,6	8,1**	5,6	12,9	7,3 **	9,4	17,5	8,1**
65 anos ou mais	15,1	19,3	4,2**	8,1	11,8	3,7 **	13,4	17,9	4,5**
Total	7,8	13,0	5,2**	4,9	8,7	3,8 **	7,2	12,1	4,9**
Internação hospitalar									
Com partos	5,2	8,7	3,5**	4,8	8,8	4,0**	5,1	8,7	3,6**
Sem partos	5,2	5,9	0,7**	4,8	5,8	1,0**	5,1	5,9	0,8**

Fonte: PNAD/1998

* p<0,05

** p<0,001

NS p>0,05

urbana, também foram mencionados motivos relacionados com horário incompatível e atendimento demorado, enquanto na área rural a dificuldade de transporte e a distância aparecem como as razões mais frequentes.

Financiamento do atendimento

Com relação à fonte de financiamento do consumo de serviços de saúde (15 dias que antecederam à entrevista), observa-se pequena

variação de gênero no meio urbano, restrita a uma participação um pouco maior do plano de saúde no financiamento do uso de serviços de saúde pelas mulheres (Tabela 14). Nas áreas rurais, o SUS prevalece no financiamento do uso de serviços de saúde das mulheres. A proporção de pessoas que pagam com recursos do próprio bolso é maior entre os homens e não há diferença na participação dos planos de saúde, que é bem restrita.

Tabela 12

Atendimento recebido nas internações (excluindo os partos) por sexo e região urbano/rural. Brasil, 1998.

	Urbana **		Rural NS		Total **	
	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %
Atendimento recebido na internação ¹						
Clínico	65,7	65,2	75,9	77,2	67,7	67,5
Cirúrgico	28,2	30,3	20,0	18,3	26,6	28
Psiquiátrico	2,6	1,8	2,4	1,7	2,6	1,8
Exames	3,5	2,7	1,8	2,8	3,2	2,8
Total						
n	6917	8387	1752	1972	8670	10359
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: PNAD/1998

** p<0,001

NS p>0,05

¹ Excluindo-se 31,7% das internações de mulheres da região urbana e 34,1% das internações de mulheres da região rural, que foram referentes a partos.

Discussão

O perfil demográfico é diferenciado entre as regiões. A região urbana acompanha o perfil da transição demográfica brasileira, com maior concentração de mulheres a partir das faixas etárias de adolescentes e adultos jovens, com especial ênfase nas idades mais avançadas. Na região rural, homens estão presentes, em maior proporção, em todas as faixas etárias, o que pode ser explicado, em parte, pela migração das mulheres para regiões urbanas próximas, onde há maior oferta de emprego.

A análise da morbidade mostrou que, independentemente do indicador utilizado e da área de residência (urbana ou rural), existem diferenças de gênero nas condições de saúde, desfavoráveis às mulheres. O perfil de morbidade encontrado, segundo sexo e idade, assemelha-se ao observado em outros estudos (Verbrugge & Wingard, 1987; Diaz, 2002), que apontam maior morbidade para os meninos até os 9 anos. A maior morbidade das mulheres expressa-se a partir dos 15 anos, para todos os indicadores. Em geral, as diferenças de gênero são mais acentuadas entre os 50 e 64 anos e se reduzem a partir dos 65 anos. Esta redução pode estar relacionada com o que Arber e Cooper (1999) sugerem como “novo paradoxo”, baseadas no fato de que mulheres idosas auto-avaliam mais positivamente seu estado de saúde do que os homens, apesar do maior grau de incapacidade experimentado por elas, independentemente da idade e da condição social.

Cabe destacar que o padrão de morbidade descrito não foi observado na área rural para o indicador restrição de atividades por motivo de saúde, cujos valores são praticamente iguais entre os sexos, quando se controla o efeito da idade.

De um modo geral, os problemas de saúde crônicos que afetam homens e mulheres são semelhantes, assim como as magnitudes das taxas de cada doença nas duas áreas, sendo que as mulheres apresentam maior prevalência para quase todas as doenças selecionadas. Doenças do sistema músculo-esquelético foram as que apresentaram maior prevalência, juntamente com hipertensão. As diferenças de gênero variam segundo a situação de moradia urbana ou rural. No primeiro caso, foram menores na área rural e no segundo, na região urbana, resultado de um aumento proporcional dos homens e não de maior quantidade de relatos destas doenças por parte das mulheres.

Quanto aos motivos que causaram restrição de atividades rotineiras, homens e mulheres apresentaram padrões distintos. Os homens referiram mais acidentes e problemas odontológicos, o que de certa forma concorda com outros autores (Verbrugge & Wingard, 1987). Entretanto, ao contrário do apontado na literatura (Bird & Rieker, 1999), não foi observado um relato muito maior de distúrbios emocionais para as mulheres.

Um problema que pode ocorrer quando se utiliza morbidade referida nos inquéritos domiciliares de saúde é a confiabilidade da infor-

Tabela 13

Motivos do não atendimento nos serviços de saúde, segundo sexo e região urbana e rural. Brasil, 1998.

	Urbana **		Rural **		Total **	
	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %
Motivo do não atendimento ¹						
Não conseguiu vaga ou senha	41,5	48,1	48,9	40,2	42,7	46,7
Não tinha médico atendendo	27,5	28,4	21,6	34,4	26,5	29,5
Não tinha serviço	7,5	5,4	10,2	6,3	8,0	5,6
O serviço/equip. não estava funcionando	3,8	3,8	2,3	3,7	3,5	3,8
Não podia pagar	1,6	0,8	1,1	0,5	1,5	0,7
Esperou muito e desistiu	4,9	5,2	5,7	5,3	5,0	5,2
Outro motivo	13,3	8,4	10,2	9,5	12,8	8,6
Total						
n	451	928	88	189	539	1.117
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Urbana **		Rural NS		Total **	
	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %
Motivo da não procura ²						
Não tinha dinheiro	29,8	28,1	39,9	39,1	33,5	31,7
Dificuldade de transporte ou distância	7,6	8,7	32,2	35,0	16,7	17,2
Horário incompatível	13,4	13,3	3,9	2,9	9,9	9,9
Atendimento muito demorado	15,6	17,0	6,2	6,6	12,1	13,7
Faltava especialista	4,6	5,5	2,0	2,3	3,7	4,5
Achou que não tinha direito	0,5	0,4	0,2	0,0	0,3	0,2
Não tinha quem o acompanhasse	2,1	3,8	1,2	1,2	1,8	3,0
Outro motivo	26,5	23,2	14,4	12,9	22,1	19,9
Total						
n	3.331	4.504	1.942	2.146	5.273	6.650
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: PNAD/1998

** p<0,001

NS p>0,05

¹ Excluídas as pessoas que procuraram e não foram atendidas.² Excluídas as pessoas que julgaram não ter necessidade de procurar o serviço de saúde.

mação, que depende da proporção de informantes secundários (Santana *et al.*, 1997). O tamanho muito grande da amostra dificulta a volta do pesquisador ao domicílio e a avaliação acaba sendo feita por moradores presentes no momento da entrevista. No caso da PNAD/98, a avaliação do estado de saúde das crianças pequenas foi feita preferencialmente pela mãe. Considerando-se a população maior de 14 anos, 48,7% das pessoas na região urbana e 57% na região rural avaliaram seu próprio estado de

saúde. Entretanto, essa proporção é muito diferenciada entre sexos, sendo que na região urbana 61,3% das mulheres e 34,6% dos homens foram os informantes de seu próprio estado de saúde, e na região rural essas porcentagens corresponderam a 69,6% (mulheres) e 45,3% (homens). Apesar disto, os resultados, de um modo geral, estão compatíveis com os apresentados por outros autores.

Outro fator importante a ser considerado em estudos que utilizam indicadores de morbi-

Tabela 14

Financiamento do atendimento, segundo sexo e região urbana e rural. Brasil, 1998.

Faixa etária	Urbana			Rural			Total		
	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.	Homens %	Mulheres %	Dif.
Financiamento do atendimento nos últimos 15 dias ¹									
Plano de saúde	29,3	30,9	1,6 **	6,2	7,1	0,9 NS	25,8	27,5	1,7**
SUS	47,8	47,8	0 NS	69,1	72,5	3,4 *	51	51,8	0,8 NS
Desembolso no ato	16,2	15,9	-0,3 NS	16,5	13,9	-2,6**	16,2	15,6	0,6 NS
Financiamento da internação no último ano ¹									
Plano de saúde	28,9	28,8	-0,1 NS	8	7,2	-0,8 NS	24,7	24,6	-0,1 NS
SUS	60,1	61,5	1,4 NS	82,3	83,9	1,6 NS	65,1	65,8	0,7 NS
Desembolso no ato	13,2	14,1	0,9 NS	15,7	14,2	-1,5 NS	13,7	14,1	0,4 NS

Fonte: PNAD/1998

* p<0,05

** p<0,001

NS p>0,05

¹ As taxas foram calculadas separadamente para cada tipo, sendo que as combinações das diversas modalidades não estão apresentadas.

dade referida é que a percepção de saúde pode variar em função de fatores ligados às experiências sociais dos indivíduos e à disponibilidade de serviços de saúde (Cavelaars *et al.*, 1998; Dachs, 2002; Sen, 2002), o que não foi considerado neste trabalho.

A redação da pergunta e a ordem em que as questões sobre um mesmo tema são apresentadas ao entrevistado são fatores que também podem tornar difícil a comparação entre diferentes inquéritos. Por exemplo, na Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV) de 1996-1997 (IBGE, 1998b), pesquisa de amostra domiciliar representativa das regiões Nordeste e Sudeste, encontrou-se que 9% da amostra referiu doença crônica, valor muito inferior ao encontrado na PNAD/98 (em torno de 30%). Na PPV de 1996-1997, foi perguntado se a pessoa tinha algum problema crônico de saúde que exigisse algum acompanhamento constante. Na PNAD/98, perguntou-se se a pessoa tinha determinado problema crônico, a partir de uma lista de 12 itens. Diferenças semelhantes foram observadas na pesquisa domiciliar da Grã-Bretanha (Macintyre *et al.*, 1999), onde aproximadamente 25% da amostra referiu doença crônica utilizando pergunta semelhante à forma apresentada na PPV, mais que dobrando a prevalência quando a pergunta era sob a forma de lista. A apresentação da lista mostrou-se inadequada na Grã-Bretanha. No entanto, em populações de baixa esco-

laridade, fazer a pergunta de forma geral pode dificultar a coleta do dado, uma vez que a população pode não interpretar adequadamente a pergunta, o que pode ter ocorrido na PPV de 1996-1997.

A restrição de atividades, indicador mais objetivo de necessidade e que está associado às condições de saúde agudas (nas duas últimas semanas), não apresentou praticamente diferenças entre homens e mulheres na região rural, a não ser na idade reprodutiva, quando as taxas são maiores para as mulheres.

Nos EUA (NCHS, 1995), as mulheres em todas as faixas etárias referem mais dias de restrição para condições agudas de saúde e as diferenças de gênero aumentam com a idade. Na PNAD/98, ao contrário do observado nos EUA, foram encontradas diferenças que, embora pequenas, são desfavoráveis aos homens, mas só encontradas a partir dos 15 anos e restritas à região urbana. Na região rural, estas diferenças desaparecem para todas as idades. Este fato pode estar apontando uma maior gravidade dos problemas de saúde que causam o afastamento dos homens de suas atividades no trabalho, ou uma maior dificuldade das mulheres em abandonar suas atividades (Marcus & Siegel, 1982).

O perfil de morbidade é diferenciado entre os homens e as mulheres, seja do ponto de vista das doenças crônicas ou dos problemas agu-

dos, o que por sua vez se reflete em distintos padrões de utilização. Cabe ressaltar que, segundo o estudo de Verbrugge (1989), quando é considerada a exposição a fatores sociais (como estilo de vida, papéis sociais, *stress*, condição social, atitudes relacionadas com a saúde, aspectos psicológicos, facilidade ou não em falar de problemas de saúde), as diferenças entre homens e mulheres tendem a desaparecer e, para alguns indicadores de morbidade, podem até apontar uma inversão do padrão, ficando desfavorável aos homens. Da mesma forma Macintyre *et al.* (1999) observaram que as diferenças manifestaram-se somente a partir de idade bastante avançada.

Os indicadores de acesso a serviços de saúde analisados apontam diferenças importantes de gênero, favoráveis às mulheres, seja no uso regular de um mesmo serviço de saúde, no número de consultas médicas, ou no consumo de serviços odontológicos. Nos dois primeiros indicadores, de um modo geral, as diferenças são menores do que 10%. O acesso medido pelo uso de serviços de saúde segue o padrão de necessidades que é mais elevado para as mulheres na idade reprodutiva. A curva de consultas médicas das mulheres que vivem em áreas rurais se aproxima da curva das mulheres das áreas urbanas na idade reprodutiva, o que não ocorre para os homens. Isto sugere que o padrão acima descrito relaciona-se com o atendimento em função da saúde reprodutiva. É importante destacar que as pessoas que consultaram médicos, o fizeram diversas vezes nos últimos 12 meses.

Para uma boa saúde bucal, preconiza-se pelo menos uma consulta anual ao dentista. A meta do programa americano Healthy People 2000 era que 70% da população maior de 35 anos usasse o sistema de saúde oral a cada ano (NCHS, 1998). Segundo a PNAD/98, este uso é muito menor que nos EUA: aproximadamente 18% dos maiores de 35 anos no urbano e 14% no rural, praticamente sem variação de gênero. No Brasil, esta prática é maior nas idades escolares, provavelmente por uma oferta do serviço na rede escolar, entretanto é mais presente no meio urbano. Os dados sugerem que as barreiras de acesso são acentuadas e podem estar relacionadas tanto à disponibilidade de recursos odontológicos, opinião sobre a qualidade do atendimento, ou mesmo à percepção da população sobre a necessidade de saúde bucal. Os diferenciais de gênero, favoráveis às mulheres, são muito menores do que para as consultas

médicas, indicando que as barreiras de acesso para este serviço são maiores, o que é corroborado pelas altas porcentagens de indivíduos em todas as idades que nunca foram ao dentista, especialmente no meio rural.

A cobertura por planos de saúde, apesar de bastante menor na região rural, apresenta perfil semelhante entre as regiões, aumentando a partir da adolescência para ambos os sexos, sendo maior para as mulheres, ao contrário do observado nos EUA (Verbrugge, 1989).

De acordo com o discutido em outros trabalhos (Cherry & Woodwell, 2002), mulheres procuram mais os serviços de saúde para exames de rotina ou para cuidado preventivo, enquanto os homens buscam mais o cuidado curativo, perfil este encontrado tanto na região urbana quanto na rural. As diferenças entre homens e mulheres são, de um modo geral, maiores na região rural, onde mulheres buscam menos cuidados curativos do que as mulheres com domicílio em área urbana. Isto pode estar apontando para barreiras no acesso aos serviços, seja do ponto de vista da informação (escolaridade) ou de a oferta estar localizada em maior quantidade e complexidade nos centros urbanos.

As diferenças entre homens e mulheres quanto ao tipo de serviço procurado são pequenas, embora estatisticamente significantes. As maiores diferenças são observadas na comparação entre as áreas urbana e rural. Ressalta-se a maior procura dos homens por pronto socorro e emergência na região urbana e por farmácia na região rural. Segundo Verbrugge (1989), as diferenças no uso de serviços de saúde entre homens e mulheres são maiores em certos tipos de agravos à saúde, como a maioria dos problemas eletivos e os menos graves. As mulheres utilizam mais serviços ambulatoriais e grandes quantidades de medicamentos, prescritos ou não (Sweeting, citado em Macintyre *et al.*, 1996) e visitam com mais frequência serviços preventivos em relação aos homens (Verbrugge, 1989). Nos EUA, o uso de serviço ambulatorial foi maior entre as mulheres e deveu-se basicamente à busca de diagnóstico e *screening*, os quais incluem planejamento familiar, gestação e infertilidade. Por outro lado, o número de visitas aos serviços curativos foi semelhante entre homens e mulheres (Verbrugge, 1989) e as taxas de internação para maiores de 45 anos são levemente menores para as mulheres, assim como o tempo médio de permanência no hospital (National Center for Health Statistics, 1996).

Para Marcus & Siegel (1982), o uso mais frequente de serviços de saúde por parte das mulheres aparece associado a uma maior referência a problemas crônicos. Diferenças no uso não foram observadas pelos autores para problemas agudos de saúde (Marcus & Siegel, 1982).

A demanda reprimida, que pode ser avaliada tanto pelas respostas dadas para os motivos do não atendimento quanto da não procura, mostram que as barreiras de acesso são de natureza complexa. No Brasil, a prevalência de atendimento, medida pelo uso de serviços de saúde dos que procuraram cuidado médico, é elevada (em torno de 98%), apontando que os que procuram consideram-se atendidos. No entanto, as barreiras de acesso, segundo a PNAD/98, parecem anteriores à procura, uma vez que uma quantidade considerável (21,3%) de pessoas não procurou os serviços, embora o desejasse, alegando diferentes motivos para a não procura. As maiores barreiras de acesso no meio rural referem-se à pequena oferta de serviços públicos na região, já que falta de dinheiro e dificuldades de acesso geográfico foram os maiores impedimentos. Na área urbana, embora exista mais oferta de serviços de saúde, estes não são oferecidos em quantidade suficiente, pois a demora no atendimento e horários incompatíveis são grandes motivos da não procura. Cabe lembrar, entre as pessoas que consideram não haver necessidade de buscar atenção à saúde podem estar incluídas pessoas que do ponto de vista médico deveriam fazê-lo. Além disso, aproximadamente 2% das pessoas que procuraram, não foram atendidas, aumentando dessa forma o percentual da demanda reprimida.

Uma outra questão a ser discutida é o elevado percentual de “outros motivos”, sendo importante ampliar as opções de resposta no caso de outro inquérito populacional.

A idade apresentou efeito diferenciado no uso de serviços entre os sexos. Os homens consomem mais serviços do que as mulheres até os 14 anos, relação que se inverte nos grupos de idade mais elevada. Entretanto, quando se consideram apenas as pessoas que referiram restrição de atividades, o efeito da idade no uso de serviços é bastante reduzido, porém permanecem as diferenças de gênero, sendo as taxas de uso, tanto curativo (com restrição), quanto preventivo (sem restrição), maiores para as mulheres.

As diferenças de gênero são muito marcadas e favoráveis às mulheres entre 25 e 64 anos no meio rural. As taxas de uso de serviços de saúde

de reduzem-se consideravelmente acima dos 65 anos, principalmente em função de uma queda no crescimento das taxas de uso das mulheres, semelhante ao observado para morbidade.

Na PNAD/98, o uso de serviços de saúde não está necessariamente relacionado à restrição de atividades, embora as duas variáveis estejam referidas ao mesmo período. Entretanto, considerando os três indicadores de morbidade analisados neste trabalho, esse indicador está sem dúvida mais associado ao uso que os outros dois. Bruin *et al.* (1996) apontam duas limitações importantes no uso do conceito “restrição de atividades rotineiras” por motivo de saúde: podem estar sujeitos às variações sazonais; e a possibilidade efetiva de suspender as atividades depende de fatores socioeconômicos e culturais (Ferrer, 2000).

As taxas de internação não variaram de forma significativa entre homens e mulheres conforme apontado em (Verbrugge & Wingard, 1987). A diferença observada deveu-se à natureza da internação entre as áreas, tendo-se observado uma taxa mais alta de internações cirúrgicas na região urbana.

A diferença nas proporções dos atendimentos por plano entre as regiões é proporcional à diferença na cobertura por plano de saúde, sugerindo que quem tem plano faz uso prioritário do mesmo, independentemente de viver em área urbana ou rural.

Não foram observadas diferenças de gênero no financiamento das internações. Já no atendimento nos 15 dias que antecederam a entrevista, na região urbana foi mencionada maior proporção de atendimentos financiados por planos de saúde para as mulheres. Na região rural foi observada maior proporção de mulheres atendidas no SUS e maior desembolso de recursos próprios pelos homens.

Em se tratando de um inquérito populacional, o tamanho da amostra é grande, facilitando que sejam encontradas diferenças estatisticamente significantes, mesmo que sejam pequenas em valor absoluto, o que deve ser levado em conta nas análises. Em estudos desta natureza, a ausência de significância estatística sugere que realmente não haja diferenças.

Cabe ressaltar que esta análise teve por objetivo identificar diferenças de gênero em um conjunto amplo de indicadores relacionados a diversas dimensões da morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde, tendo estudado somente a influência da idade e das regiões de residência (urbana e rural), não levando em

consideração variáveis sociais e econômicas, altamente associadas com a morbidade e o uso.

Grande parte dos achados deste trabalho assemelha-se ao encontrado em outros estudos e em outros países. Embora as diferenças nas condições de saúde entre homens e mulheres reduzam-se depois de controladas por fatores sociais e econômicos, o que tem sido apontado por outros autores (Verbrugge, 1989; Macintyre et al., 1999), os estudos desta natureza são importantes para identificar o perfil da demanda e da demanda reprimida. A coleta sistemáti-

ca e com periodicidade definida de informações como as do suplemento saúde da PNAD/98 constitui-se em instrumento importante para subsidiar a formulação e avaliação de políticas de saúde, como é realizado em diversos países desenvolvidos (NCHS, 1998). Entretanto, o desenho deste questionário não prevê o tratamento de questões específicas de cada gênero, que poderiam ser abordadas em suplementos temáticos orientados para isso e aplicados no período entre os questionários gerais.

Referências bibliográficas

- Arber S & Cooper H 1999. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science and Medicine* 48:61-76.
- Bird CE & Rieker PP 1999. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. *Social Science and Medicine* 4:745-755.
- Bruin A, Picavet HSJ & Nossikov A 1996. *Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments*. WHO Regional Publications Europeans Series No. 58.
- Cavaleiras AEJM et al. 1998. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 Western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52:219-227.
- Cherry DK & Woodwell DA 2002. National ambulatory medical care survey: 2000 summary. Centers for Disease Control and Prevention, Advanced Data No. 328, June 5, DHHS Publication No. (PHS) 2002-1250, 02-0379 (5/02).
- Dachs, JNS 2002. Using household survey and other information sources to study health equity in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11(5/6):413-417.
- Diaz MDM 2002. Socio-economic health inequalities in Brazil: gender and age effects. *Health Economics* 11:141-154.
- Doyal L 2000. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine* 51(6):931-939.
- Ferrer M 2000. *Los módulos de salud en las encuestas de hogares de América Latina y el Caribe: un análisis de cuestionarios recientes*. Pan American Health Organization Washington, DC (Technical Report Series No. 72, HDP/HD).
- Gijsbers van Wijk CMT, Vliet KP van, Kolk AM, Everaerd WTAM 1991. Symptom sensitivity and sex differences in physical morbidity: a review of health surveys in the United States and the Netherlands. *Women & Health* 17(1): 91-124.
- Green CA & Pope CR 1999. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine* 48:1363-1372.
- Hulka BS & Wheat JR 1985. Patterns of utilization: the patient perspective. *New England Journal of Medicine* 23(5):438-460.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 1998a. *Pesquisa sobre padrões de vida, 1996-1997*. IBGE/CDDI, Microdados (em CD-ROM), Rio de Janeiro.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 1998b. *PPV aprofunda investigação sobre indicadores sociais*. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br>.
- IBGE 2000. *Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998*. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, IBGE/CDDI.
- INAN 1990. *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: 1989*. Inan, Rio de Janeiro (mimeo).
- Lee ES, Forthofer RN & Lorimor RJ 1989. *Analysing complex survey data*. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-071, Califórnia.
- Macintyre S, Hunt K & Sweeting H 1996. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine* 42(4):617-624.
- Macintyre S, Ford G & Hund K 1999. Do women "over-report" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine* 48:89-98.
- Mackenbach JP, van den Bois J, Joung IMA, van den Mheen H, Stronks K 1994. The determinants of excellent health: different from the determinants of ill-health? *International Journal of Epidemiology* 23(6):1.273-1.281.
- Marcus AC & Seeman TE 1981. Sex differences in reports of illness and disability: a preliminary test of the

- “fixed role obligations” hypothesis. *Journal of Health and Social Behaviour* 22(June):174-182.
- Marcus AC & Siegel JM 1982. Sex differences in the use of physicians services: a preliminary test of the fixed role hypotheses. *Journal of Health and Social Behaviour* 23 (September):186-197.
- NCHS-National Center for Health Statistics 1995. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1994. *Vital and Health Statistics*, series 10, No. 193.
- NCHS-National Center for Health Statistics 1996. *Health, United States, 1995*. Public Health Service, Hyattsville, Maryland.
- NCHS-National Center for Health Statistics 1998. *Health, United States, 1998: socioeconomic status and health chartbook*. Public Health Service, Hyattsville, Maryland.
- Ojanuga, DN & Gilbert, C 1992. Women’s access to health care in developing countries. *Social Science and Medicine* 35(4):613-617.
- Pfeffermann D 1996. The use of sampling weights for survey data analysis. *Statistical Methods in Medical Research* 5(3):239-261.
- Pinheiro RS & Travassos CM 1999. Desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três áreas da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 15(3):487-496.
- Puentes-Markides, C 1992. Women and access to health care. *Social Science and Medicine* 35(4): 619-626.
- Santana V, Almeida Filho N & Rocha AMC 1997. Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais. *Revista de Saúde Pública* 31(6):556-565.
- Sen, A 2002. Health: perception versus observation. *British Medical Journal* 321:860-861.
- Shah BV, Barnwell BG & Bieler GS 1997. *SUDAAN User’s Manual, Release 7.5*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
- Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM 2000. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 5(1):133-149.
- Verbrugge LM & Wingard DL 1987. Sex differentials in health and mortality. *Women & Health*, 12(2):103-145.
- Verbrugge LM 1989. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behaviour* 30:282-304.
- Wennberg JE 1985. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. *Medical Care* 23(5): 512-520, May.

Artigo apresentado em 9/8/2002

Aprovado em 12/10/2002

Versão final apresentada em 5/11/2002